Nr. 28 i 29. 21. lipca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Bronisław PETRYŃSKI. Lwów.

O zastojach żylnych w zakresie krążenia wrotnego w przebiegu czerwienicy.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Dokończenie.

Skolei przedstawimy następujące przypadki czerwienicy z równoczesną marskością wątroby:

Przyp. I. Kobieta G. K., lat 27, przyjęta do Kliniki 3. X. 1927. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przebyła odrę i zapalenie płuc, w 18 roku życia dur osutkowy, a wkrótce potem zimnicę. Miesiączkuje regularnie od 15 r. ż.

Choroba obecna rozpoczęła się na wiosnę 1925 r. osłabieniem, bólami i zawrotami głowy, krwotokami z nosa, miganiem przed oczyma, drętwieniem palców rąk i nóg i uczuciem ucisku w podżebrzu lewem. W lipcu 1926 zaczęły występować napady gwałtownego bólu w podżebrzu lewem i wtedy chora zgłosiła się na Oddział Wewn. II. Lw. Szpit. Powsz.

W tamt. historjach chorób (chora przebywała tam z przerwami od 24. VII. 1926 do 28. IX. 1927) zanotowano wówczas żywo czerwone zabarwienie twarzy, rąk i widocznych błon śluzowych, znaczne powiększenie wątroby (3 palce niżej łuku żebrowego) i śledziony (3 palce nad spojeniem łonowem). Wykonywane podówczas wielokrotnie badanie krwi wykazywało ilości ciałek czerwonych 9,5 do 5,8 mil., białych 19,7 do 8,9 tys., w preparacie barwionym stwierdzano stale leukocytozę obojętnochłonną z wyraźnem przesunięciem na lewo i spotykano pojedyńcze normoblasty. Chora leczona była naświetlaniami promieni Roentgena, które sprawiały jej tylko przemijającą ulgę.

Stan obecny w dniu przyjęcia do Kliniki:

Wzrost wysoki, kościec delikatny, odżywienie liche. Skóra różowa, na twarzy żywo czerwona, gdzie też widoczna siatka porozszerzanych naczyń. Głowa i twarz bez zmian, widoczne błony śluzowe wiśniowo-czerwone. Na szyi porozszerzane naczynia żylne. Narządy klatki piersiowej bez zmian.

Prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje starsze zmiany gruczołowe, gorszą ruchomość przepon i nieznaczne rozszerzenie komory lewej.

Chorą leczono naświetlaniami promieniami Roentgena okolicy nadnercza lewego, oraz doustnem podawaniem fenilhydrazyny, przyczem ta ostatnia dawała dość znaczną poprawę stanu podmiotowego, nie wpływając jednak wyraźniej na obraz krwi, dając natomiast po pewnym czasie wzmożenie urobiliny i urobilinogenu w moczu, wobec czego podawanie jej przerywano. Obraz krwi *vide* tablica.

Dnia 2. VI. 1929 r. chora zgłasza się powtórnie, podając, że wszystkie poprzednie jej dolegliwości utrzymują się, oraz że od października ub. r. zauważyła stopniowe powiększanie się objętości brzucha, a w ostatnich dniach wystąpienie żył w okolicy pępka.

Stan przedmiotowy jak poprzednio, ponadto znaczna ilość wolnego płynu w jamie brzusznej i wyraźne rozszerzenie żył skórnych w okolicy pępka.

Urobilina i urobilinogen w moczu wzmożone. Obraz krwi *vide* tablica III.

Upuszczony z jamy brzusznej płyn (w ilości 5 l) wykazuje własności płynu przesączynowego.

Stosowano środki moczopędne, płyn w jamie brzusznej odtwarzał się powoli. Dnia 22. VI. 1929 wypisano chorą z Kliniki.

W przypadku powyższym słuszność rozpoznania czerwienicy nie ulega kwestji, popiera je typowy zespół objawów przedmiotowych, podmiotowych i obraz krwi, które utrzymują się bez zmian w ciągu dłuższej obserwacji.

W przypadku tym stwierdzaliśmy objawy niedomogi wątroby w postaci wzmożenia urobiliny i urobilinogenu w moczu, których nasilenie wzmagało się podczas stosowania fenilhydrazyny i wtedy rozpoznana została marskość wątroby. Na specjalną uwagę zasługuje okoliczność, że gdy w przypadku tym rozpoznana została marskość wątroby, obraz krwi wykazywał wprawdzie cechy charakterystyczne dla czerwienicy, nasilenie ich jednak było dużo mniejsze niż poprzednio (przed 2 laty c. cz. 9.5 milj., przy rozwiniętym obrazie marskości wątroby tylko 6.87 mil.). Okoliczność ta zdaje się wskazywać, że marskość wątroby zmniejsza przy czerwienicy nadczynność szpiku kostnego.

G. K.

Tablica III.

data	ciałek czerw. (milj.)	Hb % Sahli	Hb indeks	ciałek białych (tys.)	leukocytów % obojętnochłonnych segm.	pał.	mł.	kwasochłon.	zasadochł.	limfocytów %	monocytów %	płytek krwi	Uwagi
3. X. 27.	8,66	128	0,7	14,25	72,0	6.8	—	4,0	0,8	14,8	1,6	321,7	czas krwawienia 5'36''; czas krzepn. 9'
19. X. 27.	7,08	135	0,9	15,0	81,6	1,2	—	4,0	1.2	11,6	0,4	332,7	3 naświetl. okolicy nadnercza lewego (18—20. X) = 60% HED
24. X. 27.	7,98	120	0,7	8,4	83.6	1,2	—	4,8	1,6	8,8	—	300,7	3 naświetl. okolicy nadnercza lewego (24—26. X.) = 21% HED; razem 81%
26. X. 27.	7,71	121	0,7	9,55	80,8	4,4	—	1,6	0,4	10,0	2,8	—	od 7. XI. fenilhydrazyna 3 × dz. 0,05
11. XI. 27.	7,39	125	0,8	7,53	65,6	4,8	—	3,2	1,6	24,0	0,8	147,8	pojedyńcze normoblasty, lekka polichromazja
28. XII. 27.	7,61	112	0,7	10,09	75,0	2,8	—	4,4	2,0	13,6	2,0	—	lekka polichromazja, pojedyńcze normoblasty, podawano przez 6 dni fenilhydrazyny 0,05 3 × dz.
2. VI. 1929.	6,87	82	0,6	20,4	67,0	3,5	2,0	5,0	2,0	17,5	3,0	721,3	

Brzuch wzdęty po stronie lewej wypuklony, po prawej, zwłaszcza w partjach górnych na ucisk tkliwy. Wątroba sięga 3½ palca niżej łuku żebrowego, gładka, dość oporna, tkliwa, o brzegu tępym, śledziona ku dołowi nie dochodzi na 3 palce do spojenia łonowego, na prawo sięga do linji środkowej, gładka, oporna, tkliwa, o 2 wrębach na brzegu prawym. Kończyny dolne bez zmian.

W moczu reakcje na urobilinę i urobilinogen wzmożone. Obraz krwi *vide* tablica III.

Przyp. II. Mężczyzna A. H., lat 31, przyjęty dnia 26. IV. 1904. Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie przebył odrę, przed 3 laty zapalenie stawów. Choroba obecna zaczęła się przed 3 miesiącami bólami w krzyżach i w dołku podsercowym, które ze zmiennem nasileniem utrzymywały się, a równocześnie zauważył chory duży, twardy, niebolesny guz w podżebrzu lewem, powoli się zwiększający. W ostatnich dniach dołączyły się napadowe bóle w podżebrzu lewem, oraz biegunki. Nie pali, pija dużo.

Stan obecny w dniu przyjęcia do Kliniki:

Wzrost średni, kościec delikatny, skóra blada, podobnie widoczne błony śluzowe. Odżywienie liche. Głowa, szyja i klatka piersiowa bez zmian. Brzuch w całości wzdęty, podżebrze lewe wypuklone. Wątroba sięga na palec niżej łuku żebrowego, gładka, oporna, śledziona do pępka, dość twarda, gładka, niebolesna. Kończyny dolne bez zmian.

Mocz bez zmian. Obraz krwi *vide* tablica IV.

Tablica IV.

data	ciałek czerw. (milj.)	Hb % Fleischl	ciałek białych (tys.)	leukocytów % oboj.	kwas.	zasadochł.	limfocytów %	monocytów %
26. V. 1904.	5,4	90	2,0	58	8	0	32	2
2. VI. 1906.	7,48	90	4,0	55	7	3	30	5

Stan przed- i podmiotowy chorego utrzymuje się bez wyraźniejszych zmian przez cały ciąg pobytu chorego w Klinice, kilkakrotnie spostrzegano ślad żółtaczki na twardówkach. 4. VII. 1904 chorego wypisano.

Dnia 30. V. 1906 (a więc po dwu latach) chory zgłasza się ponownie i podaje, że oprócz poprzednich objawów miewa od 7 miesięcy tępe bóle w różnych częściach jamy brzusznej, lekkie wzdęcia brzucha i biegunki, a od miesiąca zauważył ponadto stopniowe powiększanie się objętości brzucha. Przed kilku dniami wystąpił obfity krwotok z nosa.

Stan obecny jak poprzednio, ponadto wysokie ustawienie i gorsza ruchomość dolnych granic płuc, znaczna ilość wolnego płynu w jamie brzusznej, żyły powłok porozszerzane, śledziona jak poprzednio, lecz nieco tkliwa, wątroba do łuku żebrowego, kończyny dolne w zakresie stóp i podudzi lekko obrzękłe.

Mocz bez zmian. Obraz krwi *vide* tablica IV.

2. VI. 1906 punkcja brzucha, 9 l płynu przesączynowego. W moczu ślad barwików żółciowych.

Z podanych dwukrotnie 100 g lewulozy wydzielił ślady. Ślad barwików żółciowych w moczu utrzymuje się.

11. VI. powtórna punkcja brzucha, 10 l płynu przesączynowego.

17. VI. chory odchodzi z kliniki.

Przypadek powyższy w ciągu pierwszego swego pobytu w Klinice przedstawiał stan bardzo niejasny, nic więc dziwnego, że ścisłego rozpoznania podówczas nie postawiono. Z zanotowanych podówczas objawów podkreślić należy napadowe bóle w podżebrzu lewem (których częstość przy czerwienicy podkreśla N a e g e l i), znaczny obrzęk śledziony i mierny wątroby, przy braku niedokrwistości, a nawet mimo zabarwienia powłok raczej bladego, o ilości ciałek czerwonych nieco przekraczającej normę. Dla zmian późniejszych ważne jest: przewlekły alkoholizm w wywiadach i przemijające żółtaczkowe zabarwienie twardówek. Po 2 latach uderzają objawy zastoju w krążeniu wrotnem z obfitą puchliną brzuszną, która według wywiadów rozwijała się powoli, a obraz krwi jest już bardziej zbliżony do typowego dla czerwienicy. Wykazane wtedy objawy niedomogi wątroby pozwalają jako przyczynę zastoju w kr. wrotnem rozpoznać jej marskość. Jeśli teraz zważymy, że marskość wątroby przebiega z upośledzeniem erytropoezy (R e n c k i), czego w naszym przypadku brak, słusznem się wyda rozpoznanie czerwienicy, która wyprzedzała objawy marskości wątroby, jakkolwiek o nasileniu małem.

Przyp. III. Mężczyzna A. K., lat 53, przyjęty 5. V. 1930.

Wywiady rodzinne bez znaczenia, nie chorował. Obecna choroba zaczęła się zwolna przed 8 miesiącami uczuciem ucisku w prawem podżebrzu, wzmagającem się po jedzeniu, powiększaniem się objętości brzucha i zmniejszaniem się ilości moczu. Chorób wenerycznych nie przechodził, nie pali, dawniej nieco pijał.

Stan obecny w dniu przyjęcia:

Wzrost wysoki, kościec odpowiedni, odżywienie liche. Skóra śniadawa, na policzkach z odcieniem sinawym, widoczne błony śluzowe wiśniowo-czerwone. Głowa i szyja bez zmian. Wysokie ustawienie i gorsza ruchomość dolnych granic płuc. Brzuch znacznych rozmiarów, powłoki napięte, wybitne chełbotanie, znaczna ilość wolnego płynu. Wątroba niemacalna, wypukiem w granicach prawidłowych, śledziona wymacać, ani wypukiem oznaczyć się nie daje. Kończyny dolne bez zmian.

Mocz bez zmian. Ciśnienie krwi 100/80 mm Hg.

Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne.

Obraz krwi:

Ciałek czerwonych 6,97 mil.	Leuk. oboj. segm. 81,6%
	Leuk. oboj. pał. 0,8%
Hemoglobiny (Sahli) 125%	Leuk. oboj. mł. 0,8%
	Leuk. kwasochłon. 0,8%
Wskaźnik 0,90	Leuk. zasadochł. 1,6%
	Limfocytów 11,2%
Ciałek białych 5,600	Monocytów 3,2%

7. VI. 1930 punkcja brzucha, 8 l płynu przesączynowego. Po punkcji wątroba pod łukiem macalna, śledziona sięga 2 palce niżej łuku żebrowego, gładka, oporna.

Żołądek rentgenologicznie bez zmian.

15. VI. Punkcja brzucha, poczem odma otrzewnowa i prześwietlenie: Wprowadzony gaz oddziela górną powierzchnię wątroby od przepony i śledzionę od bocznej ściany jamy brzusznej. Wątroba o cieniu pomniejszonym, brzegu ostrym wykazuje nieznaczną falistość konturu, śledziona znacznie powiększona, o konturze gładkim. Bezpośrednio potem wykonana laparoskopja wykazuje stan następujący: Otrzewna w całości silnie przekrwiona. Wątroba: płat prawy zmniejszony, brzeg ostry, żółtawy, dolna powierzchnia wątroby falista, płat lewy znacznie powiększony, charakter powierzchni lekko falisty, śledziona sięga głęboko w lewe podżebrze, nieznacznie przekracza łuk żebrowy.

19. VI. chory opuszcza Klinikę.

Obraz czerwienicy jest w przypadku powyższym dość wyraźnie zarysowany (wiśniowo-czerwone błony śluzowe, lekka sinica twarzy, charakterystyczny obraz krwi). Wywiady są dość charakterystyczne dla powoli się rozwijającej marskości wątroby, której rozpoznanie znajduje potwierdzenie w wyniku prześwietlenia w odmie otrzewnowej i badania laparoskopowego. Czerwieniczy charakter krwi istniejący w tym przypadku pomimo znacznego rozwoju marskości wątroby i długiego jej trwania, upoważnia nas do przyjęcia, że w przypadku tym czerwienica istniała jeszcze przed wystąpieniem marskości wątroby.

Omawiając drugą grupę naszych przypadków (czerwienica i marskość wątroby) podnieść należy przedewszystkiem, że w przypadkach tych stwierdzano objawy niedomogi wątroby na długi czas przed wystąpieniem puchliny brzusznej (przemijająca urobilinurja w przyp. I, przemijająca obecność barwików żółciowych i lekka żółtaczka w przyp. II).

Rozpoznanie marskości wątroby w przyp. I i II postawione zostało na podstawie dłuższej obserwacji klinicznej, oparte między innemi na objawach niedomogi czynnościowej wątroby, stwierdzanych na długi czas przedtem. W przypadku III rozpoznanie kliniczne potwierdzał wynik prześwietlenia w odmie otrzewnowej i badania laparoskopowego.

Stosunek czasowy czerwienicy do marskości wątroby w przypadku I jest zupełnie jasny, w pozostałych zaś przypadkach czerwieniczy obraz krwi utrzymujący się mimo długiego trwania i znacznego rozwoju marskości wątroby pozwala przyjąć, że czerwienica istniała w tych przypadkach jeszcze, zanim marskość wątroby powstała. Ze spostrzeżeń bowiem R e n c k i e g o wynika, że marskość wątroby upośledza erytropoezę, co też widzieliśmy w naszym przypadku I, w którym w miarę rozwijania się marskości wątroby zmniejszało się nasilenie czerwienicy.

Możemy więc uznać, że stosunek czasowy czerwienicy i marskości wątroby w naszych przypadkach został ustalony. Sprawą stosunku przyczynowego zajmowano się już dawniej, a poglądy poszczególnych autorów, którzy tę kwestję badali, przytoczono już wyżej. Przyjrzyjmy się jeszcze raz poszczególnym z nich.

Najdawniejszy jest pogląd T ü r k a, który twierdzi, że marskość wątroby jest przy czerwienicy wywołana przepełnieniem wątroby krwią. Możliwość taka wynika z poprzedniego naszego rozumowania, tłumaczącego mechanizm powstawania zakrzepów żyły wrotnej przy czerwienicy. Jak to już wspomnieliśmy, w niektórych przypadkach czerwienicy spotykamy obrzęk wątroby, którego inaczej niż następstwem przepełnienia krwią, mimo braku niedomogi krążenia, nie potrafimy tłumaczyć, toteż czynnikowi temu nie można odmówić pewnego, nawet dość dużego znaczenia.

B ö t t n e r uważa, że zmiany w ilości i jakości krwi przy czerwienicy wywołują ze strony narządu krążenia reakcję. Kierunek, w jakim ta reakcja pójdzie, decyduje o obrazie klinicznym danego przypadku. A reakcja ta pójdzie oczywiście w kierunku największej wydolności, albo też w kierunku najmniejszego oporu, — a zatem jeśli układ naczyniowy jest mało pojemny, a ściany naczyń mało rozciągliwe, kompensacja nastąpi przez wzmożenie się akcji serca z następowym jego przerostem i nadciśnieniem tętniczem („typ Gaissbocka"). Jeśli zaś kompensacja nastąpi przez zwiększenie pojemności układu naczyniowego, wystąpi charakterystyczne zabarwienie skóry i obrzęk śledziony („typ Vaqueza"). Ze swojej strony możemy tu dodać, że wątroba jako naturalny, duży „rezerwuar" krwi przedewszystkiem ulegnie powiększeniu, co też w niektórych przypadkach spotykamy.

Jeśli przyjrzymy się drugiemu poglądowi Türka (pierwotnie czynnościowo niewydolna wątroba przepuszcza do krwiobiegu niezobojętnione jady, które uszkadzają ciałka czerwone i to powoduje ich nadprodukcję), to widzimy, że jest on oparty na czysto teoretycznem założeniu. Ze względu na brak danych doświadczalnych trudny jest on do zbicia, nie posiada jednak dowodów dość przekonywujących, doświadczenie kliniczne bowiem uczy, że czynniki uszkadzające wątrobę działają zazwyczaj szkodliwie na cały ustrój i nie mamy dowodów, że działanie czynników tych powoduje reakcję ze strony układu krwiotwórczego, w postaci jego nadczynności.

Autorowie następnego poglądu, Hess i Saxl sądzą, że czerwienica jest następstwem zmniejszenia rozpadu ciałek czerwonych (lub rozbudowy hemoglobiny przez niewydolną czynnościowo wątrobę), dochodząc w ten sposób do wniosku sprzecznego z rozumowaniem, które niżej przytaczamy, omawiając pogląd Mossego.

Hess i Saxl badali zdolność rozkładania hemoglobiny przez przeżywające skrawki wątroby, pobrane ze zwierząt zatrutych szeregiem środków, jak arsen, fosfor i in.; stwierdzili oni jej zmniejszenie. Następnie stosowali te środki u siebie i stwierdzili wyraźny przyrost ilości ciałek czerwonych, nie stwierdziwszy jednak objawów niedomogi wątroby. Z doświadczeń swych wysnuli oni wnioski, niewytrzymujące jednak następującej krytyki: 1) brak objawów niedomogi wątroby podczas stosowania tych środków, 2) brak oznaczeń, któreby wskazywały, że rozpad ciałek czerwonych był zmniejszony, 3) że środki te podawane były w dawkach używanych w klinice dla leczenia niedokrwistości, 4) poliglobulja stwierdzona w przebiegu zatrucia fosforem czy tlenkiem węgla jest wywołana nadmierną produkcją ciałek czerwonych.

Mosse wychodził z założenia, że rozpad ciałek czerwonych jest przy czerwienicy wzmożony.

Poglądy poszczególnych autorów nie są pod tym względem zgodne. Jeśli oprzemy się na ilościach wydzielanego z moczem żelaza, jako na wykładniku intensywności rozpadu ciałek czerwonych, to (Abeles, Rencki, Moraczewski, Senator) musimy go uznać za wzmożony i to wogóle proporcjonalnie do ilości ciałek czerwonych. Jeśli zaś, jak to jest dziś ogólnie przyjęte, opierać się będziemy na ilości wydzielanej urobiliny, widzimy, że różni autorowie dochodzą pod tym względem do różnych wyników. Przyczyny tych różnic wykazali Paschkiss i Diamant, którzy szeregiem oznaczeń wolnych od błędów tłumaczących ich zdaniem różnicę wyników poszczególnych autorów wykazali niezbicie, że rozpad ciałek cezrwonych jest przy czerwienicy wzmożony, co się zresztą zgadza z wynikami Lommela, Renckiego, Eppingera, Senatora i in.

Zbierając powyższe dane stwierdzamy, że przy czerwienicy istnieje wzmożony rozpad ciałek czerwonych, co traktować należy jako celowy akt ze strony ustroju, jako objaw dążności do zbliżenia do normy zmienionego stanu krwi.

Zdanie przeciwne, że przy czerwienicy mamy do czynienia ze zmniejszonym rozpadem ciałek czerwonych — niezgodne zresztą z wyżej powiedzianem, opierało się na pojedyńczych spostrzeżeniach zmian w śledzionie, rzekomo upośledzających jej czynności erytrofteniczne. Najczęstsze zmiany jak torbiele, zawały, blizny po zawałach, dają się tłumaczyć miejscowemi zaburzeniami w krążeniu. Mniej częsta gruźlica śledziony może się rozwijać jużto jako objaw gruźlicy ogólnej, jużto jako sprawa miejscowa, wikłająca przebieg czerwienicy, jak to wykazał Rencki w jednym (sekcyjnie kontrolowanym) ze swoich przypadków. O obrzęku śledziony przy czerwienicy możemy powiedzieć, że jest to *„tumor spodogenes"*, którego obraz anatomiczny zatarty jest równoczesnem przekrwieniem tego narządu. Brak siderozy śledziony, tak dla *„tumor spodogenes"* charakterystycznej, należy tłumaczyć równoczesnem zwiększonem zapotrzebowaniem żelaza przez nadczynny szpik.

Mosse sądzi, że wynikająca ze zwiększonego rozpadu ciałek czerwonych zwiększona podaż surowca dla produkcji bilirubiny przeciąża wątrobę. Stanowisko jego nie jest pod tym względem odosobnione, gdyż jak wiemy, w wielu stanach chorobowych przebiegających ze zwiększonym rozpadem krwinek czerwonych spotykamy objawy uszkodzenia czynnościowego wątroby.

I tak, Brugsch podnosi, że w patogenezie marskości wątroby procesy erytrofteniczne odgrywają dużą rolę, a jako dowody popierające jego stanowisko wymienia plejochromję żółci i obfite wydzielanie urobiliny przy marskości wątroby, oraz nierzadką przy marskości wątroby siderozę wątroby i śledziony. Zaznacza on dalej, że marskość wątroby rozwija się niejednokrotnie w przebiegu zimnicy, żółtaczki hemolitycznej i niedokrwistości złośliwej, przy marskości zaś wątroby na tle niewyrównanych wad krążenia dopatruje się również wpływu zwiększonego rozpadu ciałek czerwonych, jaki wywołany jest przekrwieniem tego narządu. Podobnego zdania są również Eppinger i Hirschfeld.

Jeśli teraz wraz z Mossem stwierdzimy, że wzmożony przy czerwienicy rozpad ciałek czerwonych uszkadza miąższ wątroby, będziemy objawów tego uszkodzenia wątroby oczekiwali w każdym przypadku czerwienicy, zwłaszcza jeśli trwa ona czas dłuższy i osiąga stopień znaczny. Z naszych przypadków jeden tylko (I) wykazuje objawy czerwienicy silnie wykształcone i długi czas się utrzymujące, w pozostałych zaś obraz czerwienicy jest ledwie zaznaczony i ta właśnie okoliczność wymaga specjalnego wyjaśnienia.

Niewątpliwie jedna z przyczyn tego zjawiska tkwi w samej wątrobie, która może w różnych przypadkach wykazywać różną wartościowość biologiczną, wyrażającą się różnym stopniem odporności na szkodliwe wpływy na nią działające. Dużą rolę odgrywają też zapewne uszkodzenia przygodne, o których wiemy, że mogą wywoływać marskość wątroby, jak np. alkoholizm (jak w naszych przypadkach I i II), czy też uboczne działanie środków stosowanych w leczeniu czerwienicy jak np. fenilhydrazyna.

Eppinger, Kloss i Lewi spostrzegali podczas stosowania fenilhydrazyny objawy niedomogi czynnościowej wątroby, które znikały po odstawieniu tego leku, niekiedy jednak utrzymywały się, a sekcyjnie stwierdzano wtedy marskość wątroby. Marskość wątroby udało się eksperymentalnie wywołać u królików przez podawanie fenilhydrazyny. Wspomniani autorzy tłumaczą uszkodzenie wątroby przez fenilhydrazynę jej działaniem bezpośredniem na wątrobę i pośredniem, przez zwiększenie rozpadu ciałek czerwonych.

Nasz przypadek I nie może być przykładem marskości wątroby wywołanej działaniem fenilhydrazyny, ponieważ w przypadku tym stwierdzano objawy niedomogi wątroby jeszcze przed rozpoczęciem podawania fenilhydrazyny tak, że fenilhydrazynie możemy w tym przypadku przypisać jedynie znaczenie czynnika dodatkowego, końcowego, który proces już się toczący jedynie wzmógł i przyśpieszył.

Zbierając teraz ostatecznie wnioski z powyższego wypływające, możemy potwierdzić pogląd Mossego. Uzupełniając jego zapatrywania na stosunek marskości wątroby do czerwienicy w tych przypadkach, w których oba te stany występują razem, stwierdzamy, że czerwienica jest w przypadkach tych sprawą pierwotną, marskość wątroby wtórną, przyczyny zaś marskości wątroby są w przypadkach tych następujące:

1) Wzmożony rozpad ciałek czerwonych, przeciążający wątrobę pracą.

2) Mała odporność konstytucjonalna wątroby na działanie czynników szkodliwych, w szczególności czynnika wymienionego pod 1).

3) Szkodliwości przygodne, jużto od czerwienicy niezależne (jak np. alkoholizm), jużto z nią związane (uboczne działanie środków podawanych w celach leczniczych, które z jednej strony zmniejszają liczbę ciałek czerwonych, z drugiej powodują uszkodzenie wątroby).

Wzajemne ustosunkowanie się tych czynników sprawia, że marskość wątroby w jednych przypadkach rozwija się, gdy czerwienica trwając czas dłuższy osiągnie stopień znaczny, w innych zaś nawet już wtedy, gdy obraz czerwienicy jest ledwo zaznaczony.

Streszczenie:

Ze spostrzeżeń poczynionych na przypadkach Lw. Kliniki Chor. Wewn. i z doniesień innych autorów wnosimy, że zastój w zakresie żyły wrotnej czyto przez jej zakrzep, czy przez marskość wątroby wywołany, nie może być przyczyną czerwienicy, natomiast naodwrót, na tle czerwienicy oba te stany mogą się rozwinąć.

Zakrzep żyły wrotnej w przypadkach czerwienicy jest powikłaniem, wywołanem przez zmiany jakości krwi i miejscowe zaburzenia krążenia w zakresie żyły wrotnej, wynikające z wpływu zmian ilościowych i jakościowych krwi przy czerwienicy na mechanizm krążenia.

Marskość wątroby, wikłająca przebieg niektórych przypadków czerwienicy, wywołana jest działaniem szeregu czynników, jak:

1) Zwiększony rozpad ciałek czerwonych, jaki przy czerwienicy stale spotykamy, a który przeciąża wątrobę pracą.

2) Mała odporność wątroby na działanie czynników szkodliwych.

3) Czynniki przygodne, działające szkodliwie na miąższ wątroby.

Piśmiennictwo:

1) Böttner A.: Deutsches Archiv. f. klin. Med. t. 132. str. 1. — 2) Brugsch T.: Krauss-Brugsch. Spezielle Pathologie u. Therapie. t. VI. cz. II. — 3) Hess R.: Deutsches Archiv f. klin. Med. t. 95. str. 482. — 4) Hess L. i Saxl P.: Deutsches Arch. f. klin. Med. t. 104. str. 1. — 5) Jagič-Splenger: Lehrbuch der Blutkrkh. 1931. — 6) Lewi E.: Zeitschr. f. klin. Med. t. 100. str. 777. — 7) Lommel F.: Deutsches Arch. f. klin. Med. t. 87. str. 315. — 8) Tenże: Deutsches Archiv f. klin. Med. t. 92. str. 83. — 9) Morawitz: Mohr-Stächelin Hdbch. d. i. Med. t. 4. str. 154. — 10) Mosse: Ztschr. f. klin. Med. t. 79. str. 431. — 11) Tenże: Krauss-Brugsch. Spezielle Path. u. Ther. t. VIII. str. 821. — 12) Naegeli: Blutkrkh. u. Blutdiagnostik. 1931. — 13) Paschkiss K., Diamant M.: Deutsches Arch. f. klin. Med. t. 169. str. 180. — 14) Rencki R.: Zbiór prac Lw. Klin. Lek. t. VII. str. 75. — 15) Tenże: Zbiór prac. Lw. Klin. Lek. t. VIII. str. 23. — 16) Schneider P.: Münchener Med. Wschr. r. 1918. str. 689. — 17) Schreyer W.: Deutsch. Arch. f. klin. Med. t. 148. str. 149. — 18) Senator: Zeitschr. f. klin. Med. t. 60. — 19) Türk: Wiener klin. Wschr. r. 1902. str. 136 i 372. — 20) Tenże: Wiener klin. Wchschr. r. 1904. numer 6 i 7. — 21) Uhlhorn E.: Klin. Wchschr. rocznik 11. nr. 49.

Dr. L. SZYGOWSKI, asystent Kliniki. Poznań.

Zapalenie przydatków macicznych u dziewic.

Z Uniwersyteckiej i Wojewódzkiej Kliniki dla Kobiet w Poznaniu.
Dyrektor: Prof. Dr. B. Kowalski.

Przy opracowaniu niniejszego tematu, oparłem się na materjale chorych, leczonych w Uniwersyteckiej i Wojewódzkiej Klinice dla Kobiet w Poznaniu. Zanim przejdę do szczegółowego omówienia poszczególnych przypadków zapalenia przydatków macicznych u dziewic, leczonych w tut. Klinice, wspomnę o sposobach, któremi dochodzi do takiego zapalenia.

Spośród drobnoustrojów, przedewszystkiem dwoinki Neissera, odgrywają dominującą rolę w powstawaniu zapaleń przydatków macicznych, potem idą paciorkowce, gronkowce, pałeczka okrężnicy, prątki Kocha, maczugowce błonicy, krętki blade i inne.

Zapalenie przydatków macicznych może powstać:

1) Wskutek zakażenia z dołu t. j. od strony pochwy i sromu, ze świata zewnętrznego.

2) Z góry t. z. z jamy otrzewnowej przez ujście brzuszne jajowodów.

3) Przez zakażenie przerzutowe, drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych.

4) Wskutek przeniesienia się zakażenia na narządy płciowe z sąsiedztwa (przez styczność).

Jeżeli chodzi o zapalenie przydatków, powstałe na drodze zakażenia drobnoustrojami ze świata zewnętrznego, to wiemy, że u kobiet żyjących płciowo i rodzących najczęściej zapalenie to powstaje przez dwoinki Neissera, a powtóre przez procesy septyczne pozostające w związku z połogiem i poronieniem.

Zakażenie temi drobnoustrojami może nastąpić albo po uprzedniem skaleczeniu tkanek, albo przez zaszczepienie się na tkankach nieuszkodzonych. Powstałe zakażenie szerzyć się może rozlewając się po błonach śluzowych, albo drążyć w głąb tkanek, drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych.

Z badań Kröniga, Menge'go wiemy, że wydzielina pochwy kobiet zdrowych posiada własności bakterjobójcze oraz zdolność samooczyszczania się z wprowadzonych do niej drobnoustrojów nawet chorobotwórczych. Rosner określa to biologicznem ochronnem urządzeniem pochwy. Własności te, jak wykazały badania, nie u wszystkich kobiet działają z równą sprawnością. Skłonność do zakażenia i następowego zapalenia jest zatem rożna u różnych kobiet. To ochronne biologiczne urządzenie pochwy polega na kwaśnem oddziaływaniu wydzieliny pochwowej, wskutek zawartości w niej 0,5%—0,7% kwasu mlekowego. Ochronne urządzenie pochwy ulec może osłabieniu, lub nawet zanikowi wskutek:

1) Niedomogi konstytucjonalnej narządów płciowych (Rosner).

2) Przepłókiwań pochwy, niszczących jej kwaśną wydzielinę.

3) Urazów uszkadzających ciągłość nabłonka pochwy.

4) Porodów i poronień t. zn. przez uszkodzenie ciągłości tkanek narządów rodnych i niszczenia normalnej wydzieliny pochwy, spływającemi wodami płodowemi, krwią i odchodami.

5. Zaniku starczego narządu rodnego.

Przy powstawaniu spraw zapalnych w przydatkach macicznych u dziewic, uwzględnić musimy przedewszystkiem, jako moment przyczynowy, zakażenie idące z góry t. j. z jamy otrzewnowej, a powtóre, zakażenie z dołu od strony pochwy i sromu, mogące nastąpić przy masturbacji i innych manipulacjach w okolicy sromu i pochwy. Zakażenie to może być wywołane tak przez drobnoustroje ropne, jak też i inne.

Przechodzę do omówienia zapaleń przydatków macicznych u dziewic leczonych w tut. Klinice.

Spośród 1382 pacjentek leczonych na zapalenie przydatków macicznych w Klinice Poznańskiej, w ostatnich 10-ciu latach było tylko 15 pacjentek-dziewic, cierpiących na to schorzenie. U wszystkich tych chorych, badanie ginekologiczne wykazało błonę dziewiczą bez żadnych śladów najmniejszego naddarcia. Otwór w błonie dziewiczej u wszystkich był drożny najwyżej dla jednego palca. Otworu w błonie dziewiczej, drożnego dla dwóch palców u żadnej spośród opisywanych chorych nie było.

Wobec faktu powyższego, t. zn. wobec tego, że nie znaleźliśmy żadnych okaleczeń błony dziewiczej, ani innych śladów przemawiających za tem, że pacjentki te już obcowały płciowo, zaliczyliśmy je do dziewic. Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że takie postawienie kwestji nie jest jeszcze zupełnie pewne. Pamiętać trzeba bowiem o tem, że znamy przypadki z utrzymaną zupełnie i nierozdartą błoną dziewiczą, mimo to, że kobiety te poprzednio już miewały stosunki płciowe.

1) Pacjentka lat 20, słabej budowy ciała, skarży się na nieregularne krwawienia trwające od 3 tygodni, boleści w dole brzucha po stronie lewej, w krzyżach i na sromie, gdzie zauważyła twardy „guz". Boleści w podbrzuszu i krzyżach wystąpiły równocześnie z krwawieniem. Badanie płuc wykazuje nad obu szczytami wilgotne rzężenia. Badanie wewnętrzne: Błona dziewicza cała, otwór w niej drożny dla palca, macica o normalnej konsystencji i wielkości, w przodozgięciu, po stronie lewej w przydatkach tuż przy macicy guz wielkości jaja gęsiego, bolesny, twardy. Po stronie prawej trąbka zgrubiała na półtora palca, bolesna. Odchody krwawe. Badanie wydzielin cewki moczowej i pochwy wykazuje obecność dwoinek Neissera. Po tygodniowym pobycie w Klinice, gdzie stale miewała stany podgorączkowe, na własne życzenie odchodzi do domu. Leczona objawowo.

2) Dziecko, lat 13. W domu zauważono, że dziecko od kilku miesięcy lekko krwawi z pochwy i gorączkuje. Badanie wewnętrzne przez kiszkę stolcową, gdyż otwór w błonie dziewiczej drożny jest tylko dla rozszerzadła Hegara Nr. 9. Przy badaniu wewnętrznem, macicy nie można odgraniczyć od guza wielkości pół pięści, leżącego w przydatkach po stronie lewej. Guz ten jest bardzo bolesny na dotyk, o konsystencji twardo-cystycznej. Badanie wydzielin cewki moczowej i pochwy wykazuje obecność gonokoków. Przez pierwsze 10 dni pobytu w Klinice stany podgorączkowe i boleści w podbrzuszu. Od 11 dnia nie gorączkuje. Przy zwolnieniu 59 dnia, badanie wewnętrzne wykazuje tylko nieznaczne zmniejszenie się guza, oraz mniejszą bolesność jego na dotyk.

Leczenie objawowe i przeciwrzeżączkowe.

3) Pacjentka, lat 23, o konstytucji słabej. Od dwóch tygodni odczuwa boleści w podbrzuszu i miewa od tego czasu cuchnące upławy. Badanie płuc wykazuje stłumienie wypuku i oddech zaostrzony nad prawym szczytem. Przed 6 laty przechodziła dur brzuszny. Badanie wewnętrzne przez kiszkę stolcową, gdyż otwór w błonie dziewiczej drożny jest zaledwie dla palca. Po obu stronach macicy w przydatkach stwierdza się guzy wielkości jabłka, bolesne, twarde. W wydzielinie cewki moczowej i pochwy stwierdza się dwoinki Neissera. Pacjentka gorączkowała do 38°, przez pierwsze 5 dni, następnie przebieg był bezgorączkowy. Po 10 dniach odchodzi do domu na własne życzenie. Leczona objawowo i przeciwrzeżączkowo. Poleca się leczenie ambulatoryjne.

4) Pacjentka, lat 27. Przed dwoma tygodniami dostała silnych boleści w podbrzuszu, które trwają do chwili przybycia do Kliniki, pozatem miewa od trzech lat cuchnące, obfite upławy. Badanie płuc: rzężenia i świsty w całem prawem płucu. Badanie wewnętrzne: otwór w błonie dziewiczej drożny ledwo dla palca, macica w tyłozgięciu, prawe przydatki zamienione na guz wielkości nieomal pięści, twardy, bolesny. Po stronie lewej w przydatkach guz wielkości jaja kurzego, bolesny, twardy. Odchody ropne, zawierają dwoinki Neissera. W Klinice przebywała przez 107 dni, gdzie przez cały czas silnie gorączkowała, w końcu *exitus* spowodu niedomogi serca i rozszerzającego się procesu gruźliczego w płucach. Na 10 dni przed zejściem śmiertelnem rozchorowała się na anginę z silnym obrzękiem migdałków. Leczono rzeżączkę, pozatem zwykłe leczenie zachowawcze.

Te cztery przypadki odnoszą się do dziewic chorujących na rzeżączkę. Sam fakt istnienia schorzenia wenerycznego u dziewic

może nasuwać pewne wątpliwości co do dziewictwa wymienionych przeze mnie pacjentek. Pomijając różne możliwości infekcji gonokokowej, zaznaczyć muszę, że opisywane przeze mnie dziewice, jak wynika z wywiadów a przedewszystkiem z badania wewnętrznego, stosunków płciowych wogóle nie miały, a dwie spośród nich nawet nie wiedziały o tem, że chorują na rzeżączkę. Pozatem zwracam uwagę na to, co powiedziałem na wstępie tego rozdziału.

5) Pacjentka, lat 17, o słabej budowie ciała, blada, Hb. 60% (S), skarży się na boleści w podbrzuszu trwające od 5 miesięcy, przeszkadzające jej w pracy, zwłaszcza przy zginaniu się. Poprzednio chorowała na „anemję". W płucach stwierdza się: w obu wnękach wydech zaostrzony, świsty. Badanie wewnętrzne: upławy białawe, cuchnące, błona dziewicza zachowana, otwór w niej drożny dla palca, po obu stronach macicy leżącej w przodozgięciu stwierdza się guzy, umiejscowione w przydatkach macicznych. Po stronie prawej wielkości pięści, twardy, mało ruchomy, mało bolesny, po stronie lewej nieco mniejszy, o kształcie podłużnym, nieruchomy, twardawy. Wydzielina pochwy wykazuje II° czystości. Gonokoków nie stwierdzono. W Klinice leczyła się przez 29 dni, przez pierwsze 9 dni miewała stany podgorączkowe, od 20 dnia pobytu w Klinice stosowano terapję resorbcyjną.

Przydatki maciczne naświetlano promieniami Roentgena. Zastosowano duże pole brzuszne i krzyżowo-lędźwiowe, bez osłon bocznych, po 3½ minuty z odległości 50 cm przy MA 4,0 KV 200. Filtr Cu 0,5. Badanie wewnętrzne przy odejściu wykazuje tylko mniejszą bolesność guzów, wielkość ich nie zmieniła się.

6) Pacjentka, lat 28, wątłej budowy ciała. Od tygodnia skarży się na silne boleści w podbrzuszu, nasilające się przy chodzeniu. Prócz tego miewa czasami upławy żółtawe. Chorób żadnych nie przechodziła. Siostra chorej zmarła na gruźlicę płuc. Badanie płuc zmian chorobowych nie wykazuje. Badanie wewnętrzne: Otwór błony dziewiczej drożny tylko na szerokość ołówka. Badana przez kiszkę stolcową. Po obu stronach macicy w przydatkach guzy wielkości pięści, twarde, nieznacznie tylko ruchome. Badanie wydzieliny pochwy wykazuje II° czystości. W Klinice przez pierwsze 10 dni gorączkowała do 39,6°. Piątego dnia pobytu w zakładzie, naświetlano schorzałe przydatki promieniami Roentgena. Zastosowano jedno duże pole brzuszne bez osłon bocznych przez 5½ minuty z odległości 40 cm, przy KV. 200. MA. 4,0. Filtr. Cu 0,5. Al 1,0. Po 19 dniach leczenia objawowego stosuje się terapję resorbcyjną. W Klinice leczyła się przez 32 dni. W dniu odejścia stwierdza się nieznaczne zmniejszenie guzów, oraz mniejszą ich bolesność.

7) Pacjentka, lat 16, konstytucji słabej. Od tygodnia odczuwa silne boleści w podbrzuszu, a od 3 dni cierpi na rozwolnienie i wymiotuje. Od roku miewa upławy obfite, cuchnące. Z wywiadów wynika, że poprzednio chorowała na płuca i żołądek. W płucach stwierdza się świsty i furczenia we wnękach i nad prawym szczytem. Badanie wewnętrzne: błona dziewicza zachowana, otwór w niej drożny dla jednego palca, po obu stronach macicy w przydatkach guzy wielkości pięści, twarde, bolesne. Wydzielina pochwowa wykazuje III° czystości. W Klinice przebieg podgorączkowy, naprzemian ze stanami bezgorączkowemi. Leczona przez 17 dni, poczem skierowana do leczenia ambulatoryjnego. Badanie wewnętrzne w dniu odejścia wykazuje stan taki sam, jak w chwili przyjęcia.

W tych siedmiu przypadkach zapalenia przydatków macicznych u dziewic widzimy, że u pierwszych 4 pacjentek doszło do zapalenia przydatków wskutek zakażenia dwoinkami Neissera. U pozostałych trzech nie mamy zupełnej pewności co do charakteru zapalenia, lecz przypuszczamy, że chodziło o tło gruźlicze, za czem przemawia anamneza rodzinna, stwierdzone zmiany w płucach, ogólny stan organizmu i przebieg kliniczny schorzenia.

Poniżej opisuję trzy przypadki zapalenia przydatków macicznych u dziewic, u których nie stwierdziliśmy ani zmian gruźliczych w innych narządach ani zakażenia rzeżączkowego.

1) Pacjentka, lat 24, źle odżywiana, wątłej budowy ciała. Skarży się na obfite żółte upławy trwające od 2 lat, oraz boleści w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie prawej. Pozatem cierpi na obfite i bolesne perjody. Badanie wewnętrzne: błona dziewicza zachowana, otwór w niej drożny dla palca, macica mała w przodozgięciu, po stronie prawej trąbka zgrubiała na palec, bolesna. Obfite zielonkawe odchody. Badanie wydzieliny pochwowej wykazuje III° czystości. W Klinice leczona objawowo przez 15 dni, początkowo miała stany podgorączkowe, potem bez gorączki. Na własne życzenie odchodzi do domu. Poleca się leczenie ambulatoryjne.

2) Pacjentka, lat 25, słabej budowy ciała. Skarży się na boleści w podbrzuszu, trwające od kilku dni, oraz obfite upławy od trzech lat. Perjody miewa obfite i bolesne. Badanie wewnętrzne: błona dziewicza zachowana, otwór drożny dla palca, po obu stronach macicy o normalnej konsystencji i wielkości jajniki powiększone, wielkości śliwki, bolesne. Trąbki obustronnie zgrubiałe na palec. Wydzielina pochwowa wykazuje III° czystości. W Klinice leczyła się przez dni 30, przez cały czas miewała stany podgorączkowe. Leczona objawowo, pozatem zastrzyki terpichiny i mleka. Przy zwolnieniu wynik badania wewnętrznego nie wykazuje wyraźnej poprawy.

3) Pacjentka, lat 19, konstytucji wątłej. Od tygodnia odczuwa silne boleści w całym brzuchu i gorączkuje. Przed dwoma laty chorowała na „żołądek". Perjody miewa bolesne. Badanie wewnętrzne: otwór w błonie dziewiczej drożny dla palca, macica mała w przodozgięciu, po stronie lewej w przydatkach guz twardy, bolesny wypełniający nieomal całą lewą stronę miednicy małej. Po stronie prawej guz podobnej konsystencji, lecz o połowę mniejszy. W wydzielinie pochwowej stwierdza się II° czystości. W Klinice przebywała przez dni 11, stale gorączkując. Najwyższa temperatura dochodziła do 38,9°. Leczona objawowo, odchodzi do domu na własne życzenie. Badanie wewnętrzne przy zwolnieniu nie wykazuje poprawy.

Następne pięć przypadków zapalenia przydatków macicznych u dziewic są napewno pochodzenia gruźliczego.

1) Pacjentka, lat 33, słabej budowy ciała, w dzieciństwie przechodziła krzywicę, ojciec chorej zmarł na gruźlicę płuc. Badanie płuc wykazuje furczenia i świsty nad obu szczytami, wypuk tamże stłumiony. Skarży się na boleści w podbrzuszu i upławy cuchnące, trwające od roku, pozatem miewa długotrwałe i bolesne perjody. Badanie wewnętrzne: otwór w błonie dziewiczej drożny dla palca, macica w przodozgięciu, mała. Po stronie lewej przydatki zgrubiałe na dwa i pół palca, po stronie prawej na 1 palec, niezbyt bolesne na ucisk, w jamie brzusznej płyn. Wydzielina pochwowa wykazuje II° czystości. Dziesiątego dnia pobytu w Klinice wykonano próbną laparotomję, która wykazała: *tbc. peritonei, adnexitis tbc. duplex.* Przed operacją gorączka dochodziła do 38,9°. Po zabiegu stany podgorączkowe. Po przeszło jednomiesięcznym pobycie w Klinice odchodzi do domu. Chorą naświetlano promieniami Roentgena, otrzymała na przydatki maciczne jedno duże pole brzuszne i grzbietowe bez osłon bocznych po 5½ min. z odległości 50 cm, przy KV. 180, MA. 5,0, filtr Cu 0,5 Al 1,0. Po upływie trzech miesięcy badanie kontrolne wykazało tylko nieznaczne zgrubienie prawych przydatków, lewa strona wolna, płynu w jamie brzusznej brak. Pacjentkę ponownie naświetlano promieniami Roentgena, zastosowano dwa duże pola, brzuszne i grzbietowe bez osłon bocznych po 8½ min. z odległości 50 cm przy KV. 18 MA. 5,0 filtr Cu 0,5 Al 1,0.

2) Pacjentka, lat 44, słabej budowy ciała. Przed trzema miesiącami operowana na prowincji spowodu guza, który rzekomo uniemożliwiał oddawanie moczu. Rana w powłokach brzusznych w dolnym odcinku jeszcze niezagojona, skąd wydobywa się ropa.

Chora skarży się na boleści w dole brzucha, trwające od 5 miesięcy, oraz upławy żółtawe. Badanie wewnętrzne: macica w tyłopochyleniu, po stronie prawej w przydatkach w pobliżu macicy guz wielkości jaja gołębiego, niebolesny, twardawy, po stronie lewej guz wielkości jaja gęsiego, niebolesny, ruchomy, twardy. Wykonana próbna laparotomja wykazała: *adnexitis tbc. ambilateralis et tumor coeci.* Przez cały czas pobytu w Klinice stany podgorączkowe, rana w powłokach w jej dolnym odcinku ponownie nie zagoiła się, sączy ropa, która prątków Kocha nie wykazała.

Po trzydziestodniowym pobycie w Klinice poleca się pacjentce leczenie ambulatoryjne. Badanie wewnętrzne w dniu odejścia wykazuje stan taki sam, jak w chwili przybycia do Kliniki. Zmienione chorobowo przydatki i guz jelita grubego naświetlano promieniami Roentgena: jedno duże pole brzuszne przez 15 min. z odległości 50 cm przy KV. 200. MA. 4,0 filtr. Cu 0,5.

3) Pacjentka, lat 21, konstytucji słabej. W dzieciństwie przechodziła szkarlatynę, a 14 roku życia „wodę w brzuchu". Od 5 miesięcy odczuwa boleści w dole brzucha, początkowo boleści były silniejsze po stronie prawej. Chora pozatem miewa bolesne perjody, czasami upławy. Badanie płuc wykazuje: *tbc. pulmonum utriusque praecipue lobi dextri.* Prątki Kocha w plwocinie w dużej ilości. Badanie wewnętrzne: błona dziewicza zachowana, otwór w niej drożny dla palca, macica w tyłozgięciu, po stronie lewej w przydatkach guz wielkości dużej pięści, ruchomy, niezbyt bolesny. Tył i strona prawa wolne.

Wydzielina pochwy wykazuje II° czystości. W Klinice leczono objawowo, po 24-dniowym pobycie, gdzie stale miewała stany podgorączkowe, poleca się chorej sanatoryjne leczenie gruźlicy płuc. Schorzałe przydatki naświetlano promieniami Roentgena, zastosowano jedno pole duże brzuszne i krzyżowo-lędźwiowe bez nakryć bocznych po 5½ min. z odległości 50 cm. przy KV. 200. MA. 4,0 filtr. Cu 0.5.

4) Pacjentka, lat 29, od trzech miesięcy odczuwa silne boleści w podbrzuszu wzmagające się przy chodzeniu, prócz tego od 5 lat cierpi na bardzo bolesne perjody, czasami miewa upławy. Rentgenogram płuc wykazuje: stare plamy w gruczołach wnękowych obecnie nieczynne. Badanie wewnętrzne: otwór w błonie dziewiczej drożny dla palca, macica w przodozgięciu, po stronie prawej w przydatkach guz wielkości jaja kurzego, ruchomy, twardy, bolesny. Po stronie lewej w przydatkach naciek na półtora palca, bolesny. W wydzielinie pochwy stwierdza się II° czystości. W Klinice stosowano terapję resorbcyjną, po 75 dniach pobytu w zakładzie bez objektywnej poprawy w przydatkach poleca się leczenie ambulatoryjne.

5) Pacjentka, lat 19, od dwóch miesięcy miewa boleści w dole brzucha, oraz cuchnące upławy. Przed trzema laty chorowała na bledniczę. Badanie płuc wykazuje *tbc. pulmonum utriusque, coxitis tbc.* Badanie wewnętrzne: otwór w błonie dziewiczej drożny dla palca, macica w przodozgięciu, po stronie lewej w przydatkach guz wielkości dużej pięści, twardy, bolesny, nieco ruchomy. Prawa strona wolna. Wydzielina pochwy wykazuje III° czystości. Po 5-dniowym pobycie w Klinice, gdzie stale gorączkowała, odsyła się pacjentkę do domu. Przy zwolnieniu badanie wewnętrzne wykazuje stan taki sam, jak w dniu przyjęcia. Leczona objawowo, prócz tego zastrzyki terpichiny i mleka.

Rozpoznanie: gruźlicze zapalenie przydatków stawialiśmy w tych trzech przypadkach na podstawie klinicznego przebiegu schorzenia, a przedewszystkiem wyniku badania płuc i kliszy rentgenowskiej.

Zanim przejdę do omówienia pewnych wniosków dotyczących występowania i przebiegu zapalenia przydatków macicznych u dziewic, muszę wspomnieć o florze bakteryjnej pochwy tak dziewic, jak i innych kobiet, oraz o t. zw. mikrobizmie utajonym.

Badania nad florą bakteryjną pochwy wykazały, że u nowonarodzonych dziewczynek bezpośrednio po porodzie w pochwie drobnoustrojów niema, dopiero po upływie pewnego czasu zaczynają się one tam osiedlać. Okazało się, że na wcześniejsze czy też późniejsze pojawianie się po porodzie drobnoustrojów w pochwie u noworodków, wpływają następujące czynniki:

1) Położenie płodu w kanale rodnym.
2) Przedłużanie się porodu po pęknięciu pęcherza płodowego.
3) Ilość badań wewnętrznych podczas porodu.
4) Kąpiel noworodka.
5) Ubieranie noworodka w nieodpowiednio wypraną, czy też wyprasowaną bieliznę.
6) Schorzenia zakaźne sromu i pochwy rodzącej.

Zazwyczaj dopiero w 15 godzin po porodzie zaczynają osiedlać się bakterje w pochwie noworodków płci żeńskiej, która to zostaje zajęta przez drobnoustroje zawsze później aniżeli srom. Po 32 godzinach życia noworodka w pochwie prawie zawsze znajdują się już drobnoustroje. Jaschke znachodził bakterje w pochwie nowonarodzonych dziewczynek, najwcześniej w 9 godzin od chwili porodu.

Jak wynika z badań Jaschke'go, w pierwszych 24 godzinach w pochwie noworodków można wyodrębnić 11 rodzajów drobnoustrojów. W pierwszym dniu życia noworodka, wśród drobnoustrojów pochwy przeważają gramododatnie ziarenkowce, do których przyłączają się w nieznacznej ilości gramododatnie laseczki pochwowe.

W drugim, w trzecim i czwartym dniu nadal mają jeszcze przewagę gramododatnie ziarenkowce, do których w czwartym dniu zaczynają dołączać się *Bact. coli commune.* W piątym dniu następuje równowaga pomiędzy ilością gramododatnich ziarenkowców a gramododatnich laseczek pochwowych.

Z końcem pierwszego tygodnia lub z początkiem drugiego tygodnia życia noworodka, laseczki pochwowe przeważają. W następnych tygodniach i miesiącach życia noworodka, jak wynika z badań Jaschke'go, raz przeważają ziarenkowce drugi raz laseczki pochwowe. Jaschke nie potwierdza zdania tych autorów, którzy twierdzą, że laseczki pochwowe są jedynemi mieszkańcami pochwy niemowląt.

Do 12 roku życia, charakterystycznem jest dla flory bakteryjnej pochwy fakt, że ilość drobnoustrojów ulega stałemu zmniejszaniu. W późniejszem natomiast dzieciństwie wskutek, czyto masturbacji, czyto nieczystości w okolicy sromu, większe są możliwości inwazji drobnoustrojów zzewnątrz, dlatego też w tym okresie dzieciństwa wśród drobnoustrojów pochwy przeważają ziarenkowce z grupy beztlenowców i drobnoustroje pasorzytujące na skórze. Laseczek pochwowych jest mało.

U zdrowych dziewic w okresie dojrzałości płciowej, wśród drobnoustrojów pochwy występują przedewszystkiem laseczki pochwowe i jako drugie *Bac. comma variabile.*

U kobiet obcujących płciowo, pierwiastek i wieloródek flora bakteryjna pochwy jest bardzo różnoraka. Maunu af Heurlin wyodrębnił 37 rodzajów bakteryj znajdujących się w pochwie kobiet. Rozumie się, że tych 37 gatunków bakteryj nie znajduje się w pochwie każdej kobiety, część spośród nich znajduje się tylko przy pewnego rodzaju schorzeniach kanału rodnego, druga część znajduje się tylko przypadkowo przy wprowadzeniu ich zzewnątrz. Wkońcu część z nich jest stałym mieszkańcem pochwy u wszystkich kobiet.

Poniżej podaję zestawienie flory bakteryjnej pochwy, według R. Salomona:

I. Ziarenkowce.
1) Paciorkowce
2) Gronkowce
3) *Gonococcus*
4) *Coccus vaginalis*
5) *Coccus caudatus*
6) *Pneumococcus*
7) *Micrococcus tetragenes*
8) *Micrococcus gazogenes alcalescens*
9) *Sarcinae.*

II. Laseczki.

Grupa laseczek pochwowych *(bacillus vaginalis)* po raz pierwszy opisana przez Döderleina. Tutaj należą laseczki rozmaitej długości, niechorobotwórcze, gramododatnie, lub beztlenowce, niezarodnikujące i nieposiadające otoczek. Od innych laseczek różnią się tem, że na pożywce zawierającej cukier gronowy wytwarzają znacznie obficiej kwasy. Według ogólnie przyjętego dzisiaj zapatrywania, służą one, jako kryterja do odróżnienia patologicznej i normalnej flory bakteryjnej pochwy.

Najważniejsze spośród nich:

1) a) *Bacillus vaginalis ordinarius vulgaris.*
b) „ „ *vulgaris.*
c) „ „ *vulgaris anaerophilus.*
d) „ „ *vulgaris minor.*
e) „ „ *gazogenes.*
f) „ „ *coccobacillus.*
g) „ „ *ordinarius.*
h) „ „ *minor.*

2) *Comma variabile.*
3) *Bacillus lactis aerogenes.*
4) „ *thetoides.*
5) „ *bifidus communis.*
6) „ *diphtheriae et pseudodiphtheriae.*
7) „ *tbc.*
8) „ *coli commune.*
9) „ *proteus.*
10) „ *fusiformis.*
11) „ *gazogenes.*
12) „ *tetani.*
13) „ *oedematis maligni.*
14) „ zgorzeli gazowej.
15) „ *influencae.*
16) „ *Ducrey'a.*

III. Pleśnie i grzybki *(penicilium, oidium lactis, mucor mucedo, aspergillus niger, leptothrix, saccharomyces albicans).*

IV. Krętki saprofityczne i pasorzytnicze.

V. Pasorzyty zwierzęce *(trichomonas vaginalis).*

W związku z wykryciem w pochwie kobiet tak wielkiej ilości gatunków bakteryj, wyłoniła się kwestja wpływu, jaki one mogą mieć na występowanie schorzeń kanału rodnego u kobiet. Już Döderlein odróżniał normalną i patologiczną wydzielinę pochwową. Później zaczęto odróżniać florę bakteryjną pochwy normalną i patologiczną.

Maunu af Heurlin po raz pierwszy w roku 1914 podzielił florę bakteryjną pochwy na zasadnicze typy, określając je, jako stopień czystości wydzieliny pochwy.

Maunu af Heurlin odróżnia cztery stopnie czystości. Pierwszy stopień czystości charakteryzuje się występowaniem niemal czystej hodowli laseczek pochwowych obok skąpej ilości złuszczonych nabłonków śluzówki pochwy. Prócz tego mogą znajdować się też w pojedyńczych ilościach drobnoustroje pasorzytujące na skórze.

Drugi stopień czystości: tutaj laseczki pochwowe występują razem z *bac. comma variabile* a pozatem można wykazać ziarenkowce z grupy tlenowców i beztlenowców w nieznacznej ilości.

Trzeci stopień czystości: tutaj *bac. comma variabile* przeważa bezwzględnie nad laseczkami pochwowemi, pozatem paciorkowce z grupy beztlenowców występują już w znacznej ilości i w mniejszej ilości inne bakterje z grupy beztlenowców.

Czwarty stopień czystości: laseczki pochwowe w zupełności zanikają, a występują przedewszystkiem ziarenkowce i w mniejszej ilości inne bakterje beztlenowe, obok dużej ilości leukocytów.

Pierwszy stopień czystości spotyka się tylko u dziewic ginekologicznie zupełnie zdrowych i czasami u zdrowych ginekologicznie pierwiastek. Drugi stopień czystości występuje przeważnie u zdrowych ginekologicznie pierwiastek, oraz niekiedy u wieloródek.

Trzeci i czwarty stopień czystości, występuje u kobiet chorujących ginekologicznie, u wieloródek ze starem rozdarciem krocza i wypadaniem ścian pochwy, oraz u zdrowych ginekologicznie kobiet ale o zmniejszonej wartości konstytucjonalnej, cierpiących od czasu do czasu na upławy. Czwarty stopień czystości spotyka się regularnie u kobiet z rozpadającemi się złośliwemi nowotworami kanału rodnego i przy ostrych lub podostrych sprawach zapalnych kanału rodnego.

Wiadomem jest, że ogólny stan organizmu wywiera wpływ na rodzaj i skład drobnoustrojów pochwy. I tak np. przy gruźlicy płuc, daleko posuniętem charłactwie i t. p. bardzo często spotyka się obniżenie stopnia czystości pochwy.

Z doświadczenia klinicznego wiemy, że jakość flory bakteryjnej w wydzielinie pochwowej bardzo często pomóc nam może w rozpoznawaniu zmian chorobowych toczących się w kanale rodnym. Zauważono np., że we wczesnych miesiącach ciąży, dosyć często, w wydzielinie pochwy znajdują się tylko i to w dużej ilości laseczki pochwowe, podczas gdy przy braku miesiączkowania *(amenorrhoea)* flora bakteryjna pochwy zazwyczaj wykazuje niższy stopień czystości. W rozpoznawaniu różniczkowem między guzem w przydatkach pochodzenia zapalnego a ciążą pozamaciczną, badanie flory bakteryjnej pochwy może nam oddać pewną przysługę, gdyż przy guzach na tle zapalnem w przydatkach macicznych, stopień czystości zawsze jest niższy aniżeli przy ciąży pozamacicznej.

N a u j o x zwraca uwagę na dokładne badanie wydzieliny pochwowej, przy różniczkowem rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego a ostrego zapalenia przydatków macicznych.

M a u n u af H e u r l i n, W a l t h a r d, D ö d e r l e i n, M e n g e uważają florę bakteryjną pochwy jako normalną tylko wtedy, kiedy w skład tejże wchodzą wyłącznie laseczki pochwowe. J a s c h k e nie zgadza się z tego rodzaju poglądem poprzednich autorów i twierdzi, że o patologicznej florze bakteryjnej pochwy możemy mówić tylko w tych przypadkach, gdzie obok istniejących drobnoustrojów stwierdza się zmiany chorobowe w śluzówce pochwy.

Widzimy więc, że w pochwie i na sromie kobiet ginekologicznie zdrowych bardzo często znajdują się drobnoustroje chorobotwórcze, nawet zjadliwe, które nie wywołują żadnych objawów chorobowych. Prowadzą więc tam życie pasorzytnicze podobnie zresztą jak te drobnoustroje, które przebywają na błonie śluzowej gardła, nosa, ust i worka spojówkowego.

Do dzisiejszego dnia aktualnem pozostaje pytanie, dlaczego te drobnoustroje wśród normalnych warunków są nieszkodliwe, oraz dlaczego przy pewnych okolicznościach mogą stać się zjadliwe i wywoływać zmiany chorobowe. Z dawnych autorów już W i n t e r, L i e p m a n n, S t r o g a n o f f, B e n t h i n podkreślali znaczenie samo-zakażenia w ginekologji.

Od czasu wojny światowej większą uwagę zwrócono na obecność tych chorobotwórczych drobnoustrojów, przebywających w organizmie, które jednak objawów chorobowych nie wywołują. Stan ten określano jako „drzemiącą", „ukrytą", „spoczywającą" infekcję, mikrobizm utajony (R. S a l o m o n), mikrobizm endogeniczny.

Dzisiaj o samozakażeniu w ginekologji mówimy tylko w tych przypadkach *(a priori* wykluczając jakąkolwiekbądź infekcję idącą zzewnątrz), kiedy w ognisku chorobowem powstałem wskutek działania jakiegoś urazu, z całą pewnością wykazać możemy te same drobnoustroje, które już przed tym urazem tam przebywały w stanie nieszkodliwym.

Jako uraz uważamy jakikolwiek uraz fizyczny w ścisłem tego słowa znaczeniu albo też w znaczeniu szerszem, jako miejscowe albo ogólne uszkodzenie organizmu, znoszące całkowicie albo częściowo jego siły odpornościowe. W ten sposób działać może np. ogólne niedożywianie, przeziębienie i t. p.

Sprawa mikrobizmu utajonego dotychczas nie jest wytłumaczona. Nieco światła na tę sprawę rzuciły badania S t e r n b e r g a z kliniki Jaschke'go. S t e r n b e r g przeprowadzał badania flory bakteryjnej pochwy u 20 kobiet i w tych przypadkach, gdzie wyhodował czystą hodowlę paciorkowców albo gronkowców, pobierał krew i badał ich surowicę na zawartość aglutynin przeciw tym drobnoustrojom. Okazało się, że surowica krwi w 12 przypadkach posiadających w wydzielinie pochwowej paciorkowce, wykazywała wyraźną aglutynację dla tych drobnoustrojów już w rozcieńczeniu 1 : 4000.

Fakt ten dowodziłby, że drobnoustroje chorobotwórcze przebywające w pochwie są dlatego nieszkodliwe, ponieważ organizm ten dysponuje ciałami obronnemi, skierowanemi przeciw tym bakterjom. Dopóki ustrój, w którym pasorzytują niewinnie te chorobotwórcze i zjadliwe bakterje jest zdrowy i zdolny do wytwarzania ciał obronnych, dopóty te drobnoustroje są dla niego nieszkodliwe.

L o e s e r uważa mikrobizm endogeniczny, jako fenomen odporności. J a s c h k e twierdzi, że zjadliwość czy też brak zjadliwości u tych drobnoustrojów, zależna jest od osłabienia lub zaniku zdolności obronnych organizmu. Naszem zdaniem tłumaczenie mikrobizmu endogenicznego tylko zdolnością obronną organizmu jest niewystarczające, najprawdopodobniej odgrywają tutaj też rolę właściwości życiowe samych drobnoustrojów.

Z opisanych przez nas przypadków zapalenia przydatków macicznych u dziewic widzimy, że na 15 dziewic chorujących na zapalenie przydatków było 5 takich, u których toczył się już proces gruźliczy w innych narządach, a zapalenie przydatków było pochodzenia gruźliczego. Wszystkie te chore o typie astenicznym były pod względem konstytucjonalnym małowartościowe.

Stopień czystości pochwy był u wszystkich znacznie obniżony, wszystkie skarżyły się na upławy i bolesne oraz obfite perjody trwające 5—6 dni.

U 4 dziewic w wydzielinie cewki pochwy stwierdzono dwoinki Neissera, dwie z nich cierpiały na gruźlicę płuc, a jedna o słabej budowie organizmu, przed 5 laty przechodziła dur brzuszny.

Wśród trzech, u których podejrzewa się tło gruźlicze, zmian typowych gruźliczych w płucach nie stwierdzono, natomiast stwierdzono słabą budowę konstytucjonalną. U wszystkich stopień czystości pochwy obniżony, u dwóch trzeci stopień czystości, u jednej II stopień, każda z nich skarżyła się na upławy.

U pozostałych trzech dziewic, u których etjologji schorzenia nie znaliśmy, stwierdziliśmy wątłą budowę ciała, dwie z nich cierpiały na obfite upławy. Stopień czystości pochwy znacznie obniżony, u dwóch III stopnia, u jednej II stopnia. Wszystkie miały bolesne i obfite perjody.

Obraz kliniczny zapalenia przydatków macicznych u dziewic przez nas opisywanych, miał przebieg łagodny, chociaż przewlekły. Zejście śmiertelne nastąpiło tylko u jednej pacjentki wyniszczonej długotrwałą gorączką, z dużemi zmianami w przydatkach macicznych, chorej na gruźlicę płuc, u której przy końcu dołączyła się ostra angina i następowa niedomoga serca.

Co się tyczy częstości występowania gruźlicy w narządach rodnych kobiecych, to jak wynika ze statystyk sekcjonowanych zwłok podawanych przez A s c h o f f a, J u n g a, K r ö n i g a i innych, gruźlica narządów rodnych występuje w *2%—3%* przypadków sekcjonowanych. Według spostrzeżeń klinicystów, częstość schorzeń gruźliczych w przydatkach macicznych wynosi *1%—2%* (S c h r ö d e r, M a r t i n). Narządem szczególnie uprzywilejowanym do zachorzeń gruźliczych jest, jak wiemy, jajowód (60—90%) następnie skolei idzie trzon macicy (30—45%), potem jajnik (15—20%), szyjka maciczna, srom i pochwa.

Wnioski:

Jak wynika z naszego obliczenia, zapalenia przydatków macicznych u dziewic zdarzają się rzadko. Na 1382 pacjentek chorujących na zapalenie przydatków, było 15 dziewic (t. zn., że na 100 kobiet cierpiących na zapalenie przydatków, przypada mniejwięcej 1 dziewica chorująca na to schorzenie).

1) W etjologji schorzeń zapalnych przydatków macicznych u dziewic najpoważniejszą rolę odgrywa gruźlica, a następnie zakażenie dwoinkami Neissera.

2) Dziewice o słabej konstytucji i wątłej budowie ciała, przedewszystkiem narażone są na schorzenia zapalne w przydatkach macicy, powstałe czyto na drodze zakażenia idącego zzewnątrz, czy też od wewnątrz.

3) Przebieg kliniczny zapalenia przydatków macicznych u dziewic, gdzie etjologji nie znaliśmy, różni się od takiegoż schorzenia u kobiet, mniejszą bolesnością, niższem podwyższeniem temperatury, słabszą reakcją organizmu na stosowaną terapję bodźcową, wogóle przebiegiem łagodniejszym. Prognoza w tego rodzaju schorzeniach przydatków jest zazwyczaj pomyślna.

Leczenie schorzenia przydatków macicznych u dziewic, jak wynika z powyżej opisanych przypadków, jest dla lekarza bardzo

utrudnione. Większość spośród takich pacjentek, zwłaszcza młode, bardzo niechętnie poddaje się jakimkolwiek zabiegom leczniczym. Wszelkie manipulacje wewnątrz pochwy, konieczne zresztą przy leczeniu konserwatywnem, są dla nich powodem, dla których z klinicznego leczenia rezygnują i klinikę opuszczają. Leczenie zapalnie zmienionych przydatków u dziewic winno iść w kierunku ściśle zachowawczym, do tego bowiem skłania nas młody wiek chorych, brak znacznych dolegliwości i chęć jaknajmniejszego uszkodzenia przydatków.

Postępowanie lecznicze naszej szkoły jest również zachowawcze. Jamę brzuszną otwieramy tylko wyjątkowo i to tylko wtedy, kiedy zachodzi *indicatio vitalis*, dalej, kiedy guzy w przydatkach są duże, kiedy leczeniem zachowawczem mało wskóramy i wtedy, kiedy nie chodzi o proces zapalny ostry.

Przy gruźliczych zapaleniach przydatków macicznych u dziewic stosujemy obok leczenia resorbcyjnego, leczenie ogólne, wzmacniające organizm, a prócz tego schorzałe przydatki naświetlamy promieniami Roentgena, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zmiany zapalne są rozległe.

Wkońcu podkreślić należy, że przy gruźliczych schorzeniach przydatków u dziewic powinniśmy przedewszystkiem brać pod uwagę długotrwałe leczenie balneologiczno-klimatyczne w uzdrowiskach o źródłach borowinowo-żelazistych.

Pozatem pamiętać musimy (Kowalski) o dobroczynnym wpływie promieni słonecznych, które w leczeniu zapalnych spraw przydatków macicznych, a zwłaszcza powstałych na tle gruźliczem, oddać nam mogą znaczne korzyści, a młodemu organizmowi naszych pacjentek wybitnie pomagają w walce z zapaleniem.

Dr. Leon ACHMATOWICZ, ordynator Oddziału. Wilno.

Uwagi w sprawie tętniaka tętnicy udowej po sympatektomji.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

W r. 1899 chirurg francuski Jaboulay dokonywując spowodu neuralgji nerwu trójdzielnego operacji na szyjnej części nerwu współczulnego zauważył, że w przebiegu pooperacyjnym nastąpiło zniesienie bólów i rozszerzenie naczyń krwionośnych twarzy i szyi. Spostrzeżenie to pobudziło go do zastosowania w sierpniu tegoż roku analogicznej operacji przy troficznych zmianach na kończynach dolnych, w tym celu radził on odsłaniać tętnicę udową w trójkącie Scarpy i usuwać z niej nerwy naczynioworuchowe *(arracher les nerfs vasculaires, qui passent sur elle à ce niveau)*. Zabieg ten nazwano *„Denudation"*. Przy tym zabiegu usuwa się tylko nerwy biegnące w bezpośredniem sąsiedztwie z tętnicą, t. j. gałązki nerwów rdzeniowych doprowadzające włókna współczulne naczynioruchowe, przydanka natomiast powinna zostać nietknięta.

W r. 1913 Leriche zaproponował inny zabieg na układzie współczulnym, a mianowicie perarterjalną sympatektomję, zabieg ten polega na usunięciu przydanki z tętnicy czyli ściśle mówiąc chodzi tu o usunięcie zwojów współczulnych w przydance położonych, a w szczególności nerwów naczynioruchowych i czuciowych. Nerwy współczulne doprowadzające (gałązki nerwów rdzeniowych) przy tym zabiegu muszą pozostać nietknięte. Bezpośredniem następstwem zdjęcia przydanki jest czynne rozszerzenie naczyń i powstanie nowych włoskowatych naczyń na obwodzie, co za sobą pociąga lepsze ukrwienie tkanek, a więc i szybkie gojenie się owrzodzeń i cofanie się innych spraw chorobowych. Pozatem wskutek przecięcia nerwów czuciowych bóle znikają. Co do tego, na czem polega mechanizm fizjopatologicznego działania sympatektomji, to początkowo Leriche sądził, że chodzi tu o zniszczenie nerwów zwężających naczynia, nerwy zaś rozszerzające musiały pozostać nieuszkodzone, jednak dalsze badania licznych autorów wszystkich krajów jak również Leriche'a i jego współpracowników wniosły tyle nowych i sprzecznych danych jak z dziedziny anatomji układu wegetatywnego tak i z fizjopatologji, że nawet Leriche w roku 1933 powiada, że jednak mechanizm działania sympatektomji jest niewyjaśniony *(misterieux)*. Wkrótce po wprowadzeniu tej operacji w życie przez innych chirurgów zaczęły zjawiać się głosy niezadowolenia z jej wyników. Obóz przeciwników stawał się i staje się coraz liczniejszy. Nie należę do wrogiego obozu i uważam, że operacja ta w przypadkach prawidłowo dobranych po większej części daje pomyślne wyniki, a czasami całkowicie przywraca choremu kończynę, którą zdawałoby się należy odjąć, i dlatego według mnie operacja ta zawsze jest wskazaną, gdyż chory nic nie tracąc może dużo uzyskać.

Technicznie operację wykonywuje się w sposób następujący: w znieczuleniu miejscowem, rdzeniowem lub ogólnem odsłania się główną tętnicę unaczyniającą daną okolicę. Tętnicę należy odsłonić przynajmniej na przestrzeni 8—12 cm i dokładnie na całym obwodzie odseparować, odchodzące od niej mniejsze gałązki można podwiązać, wreszcie przydankę usunąć. Leriche wykonuje to w ten sposób, że nacina na górnym biegunie odsłoniętej tętnicy przydankę, wprowadza pod nią sondę rurkowatą, wzdłuż której na całej długości wydzielonej tętnicy przydankę nacina, poczem na całym obwodzie przydankę nożem odseparowuje i usuwa. Inni chirurdzy postępują różnie, np. można cyrkularnie przydankę w górnym biegunie naciąć i zdjąć ją, jak palec gumowy i t. d. Po zdjęciu przydanki pozostaje tylko mięśniówka, którą poznaje się z jej matowo-szarego z lekkim perłowym odcieniem koloru. Aby skontrolować dokładność usunięcia przydanki, należy zwilżyć tętnicę ciepłym rozczynem soli fizjologicznej — jeżeli przydanka nie została całkowicie usunięta, to resztki jej mają wygląd wysepek i strzępów o różowem zabarwieniu i mogą być łatwo szczypczykami usunięte. Z opisu tego widać, że po dokonaniu operacji Leriche'a tętnica w miejscu operowanem powinna składać się nie z trzech, tylko z dwóch warstw.

Liczni autorowie (Oppel, Polenow i inni) przypisują tej operacji następujące wady: 1) nie daje ona pożądanych wyników dlatego, że znaczna część nerwów naczynioruchowych przebiega w nerwach rdzeniowych, które zostają nietknięte. Dlatego też Brüning uzupełnił tę operację w ten sposób, że oprócz usunięcia przydanki jednocześnie dokonywuje staranne usunięcie wszystkich gałązek nerwowych odchodzących od nerwów rdzeniowych do tętnicy, a w trójkącie Skarpy zawsze resekuje *nervus saphenus*, 2) naraża ona chorych na liczne powikłania jak w czasie zabiegu tak i potem.

Już w czasie zabiegu operacyjnego może nastąpić skaleczenie naczynia, co pociąga za sobą konieczność podwiązania tętnicy, gdyż szew naczyniowy kruchej zmienionej ściany nie jest pewny. Przy nieznacznem uszkodzeniu mięśniówki może nastąpić rozerwanie naczynia wkrótce po operacji.

Badania z lat ostatnich różnych autorów wykazały, że w ścianach tętnic dotkniętych procesem miażdżycowym znajduje się więcej naczyń odżywczych niż normalnie, dzieje się to w celu wyrównania wartości chorobowo zmienionej ściany tętnicy. Zdejmując przydankę uszkadzamy te naczynia odżywcze i przeto możemy wywołać zgorzel ściany ze wszystkiemi jej następstwami. Po operacji Leriche'a wskutek wytworzenia się zakrzepu tętnicy (Witkowski) może wystąpić zamknięcie jej światła. W przebiegu pooperacyjnym wokoło tętnicy niekiedy wytwarzają się blizny tak silnie ją uciskające, że ukrwienie kończyny staje się gorsze niż przed zabiegiem (Wojciechowski, Fiedorowski, Gaberland). W myśl ogólnie przyjętego zdania, po usunięciu przydanki tętnica ulega obkurczeniu, które trwa przez kilka godzin, okoliczność ta może pociągnąć za sobą zaburzenia w odżywianiu ściany i błony wewnętrznej (Rider). Polenow doświadczalnie i na podstawie klinicznych spostrzeżeń dowodzi, że jeżeli przydankę dokładnie usunąć, to tętnica zawsze ulega walcowatemu rozszerzeniu, co musi pociągnąć za sobą natychmiastowe rozerwanie naczynia. Wypadki takie opisali Zeno, Pels Leusden, Kreuter. Strutyński na zjeździe chirurgów polskich przytaczał taki przypadek. Dlatego też Polenow uważa, że jeżeli powikłanie to jest opisywane i spotykane rzadko, to należy to tłumaczyć tem, że chirurdzy w większości wypadków przydanki całkowicie nie usuwają.

Na podstawie swego doświadczenia powiedzieć muszę, że według mnie po dokładnem usunięciu przydanki tętnica zawsze ulega natychmiastowemu rozszerzeniu, a jeżeli na początku zabiegu nie tętniła, to po dokonanej operacji wyraźnie tętni. Obkurczenie zaś tętnicy dowodzi, że przydanka nie została całkowicie zdjętą.

Do powikłań pooperacyjnych zaliczamy również i ropienie rany operacyjnej.

Ulrych i Pels Leusden badając naczynia chłonne przebiegające wzdłuż tętnic stwierdzili w nich i w przydance obecność drobnoustrojów ropotwórczych. Spostrzeżenie to uprawnia ich do twierdzenia, że ropienie rany po tej operacji najczęściej nie jest winą operatora. Ze zrozumiałych względów powikłanie to spotyka się częściej w tych wypadkach, gdzie mamy owrzodzenia, zgorzele i t. p. Ropienie rany operacyjnej może przyczynić się do nadżarcia ściany tętnicy z następowem częstokroć groźnem dla życia krwawieniem. Z tych względów Pels Leusden radzi w wypadkach podejrzanych co do jałowości rany wprowadzać odrazu sączek, lub rany nie zeszywać.

Wszystko, co wyżej pokrótce przytoczyłem, w wysokim stopniu obarcza tę operację, co jest przyczyną tego, że niektórzy chirurdzy tej operacji nie stosują.

Leriche, Kapis, Brüning, Hahn i wielu innych twierdzą, że przy prawidłowej i ostrożnej technice powikłania te prawie nigdy nie występują i mają raczej znaczenie dydaktyczne. W czasie swojej pracy chirurgicznej wykonałem kilkadziesiąt

operacyj metodą Leriche'a przy *claudicatio intermittens*, chorobie Buergera, Raynaud'a, odmrożeniach, rozpoczynających się zgorzelach starczych i tylko jeden raz miałem powikłanie w postaci tętniaka. Wypadek ten poniżej podaję:

Chory D. J., lat 22, żyd, szofer, anamneza rodzinna bez znaczenia, podaje, że przed dwoma laty miał lekkie pierwszego stopnia odmrożenie obu stóp. W kilka miesięcy później zjawiła się pod paznokciem palucha stopy lewej czarna plamka wielkości dwugroszówki, bardzo bolesna, przy ucisku na paznokieć wydzielała się spod niego ropa. W trzy tygodnie paznokieć zeszedł, plamka zaś czarna przeistoczyła się w owrzodzenie ropiejące, niegojące się. Chory poddał się zabiegowi operacyjnemu, przyczem amputowano mu połowę palucha lewego, kikut nie goił się, chory odczuwał silne bóle kłujące, promieniujące wzdłuż tylnej powierzchni podudzia. Po 10 miesiącach takiego stanu zjawiły się identyczne zmiany na palcach piątych obu stóp, które przeistoczyły się w niegojące się i ropiejące owrzodzenia. Chirurg oba te palce amputował, jednak rany operacyjne nie zagoiły się. W 6 tygodni później wystąpiły takież zmiany na stronie grzbietowej obu stóp w obrębie drugich kości śródstopia. W ich miejscu znowu wytworzyły się owrzodzenia niegojące się i ropiejące. Ogniska te zostały wyłyżeczkowane. W miesiąc później chory zauważył stwardnienie skóry na bocznej powierzchni śródstopia lewego, które po zastosowaniu kąpieli gorących ustąpiło, w miejscu zaś tem zjawiła się sinawa plama, która w ciągu dalszych kilku tygodni przeistoczyła się w niegojące się owrzodzenie, które chirurg znowu wyłyżeczkował. Chory ponadto podaje, że przy opuszczaniu kończyn bóle znacznie zmniejszają się, przy ułożeniu zaś poziomem lub uniesieniu ku górze nasilają się. Wogóle chory bardzo cierpi spowodu stałych bólów znacznie nasilających się w nocy i od dłuższego czasu jest pozbawiony snu.

Stan obecny (25. X. 1934): chory wzrostu średniego, odżywiony miernie, blady, płuca i serce bez zmian, narządy jamy brzusznej i moczowo-płciowe w normie, temperatura normalna, tętno 72 na min., nieco słabo wypełnione. Rzuca się w oczy sinicze zabarwienie obu rąk, które łatwo ziębną. R. W. ujemna. Stopa lewa wykazuje owrzodzenie na kikucie palucha oraz drugim palcu ropiejące o zabarwieniu sinawo szarem z dnem nekrotycznem wielkości grochu. Na grzbiecie tejże stopy w miejscu odpowiadającem połowie długości drugiej kości śródstopia owrzodzenie wielkości 5-cio złotówki, ropiejące, drążące w głąb do kości o takim samym wyglądzie i dnie. Takież owrzodzenie widzimy na poziomie główki piątej kości śródstopia, które drąży do torebki stawowej. Stopa prawa wykazuje owrzodzenie na powierzchni grzbietowej w połowie długości drugiej kości śródstopia o takich samych cechach. Na powierzchni wewnętrznej pięty owrzodzenie wielkości grochu. Rany pooperacyjne na palcach piątych obu stóp niezagojone, ropieją. Obrzęk stopy i połowy lewego podudzia. Obie stopy zabarwione sinawo, zimne, tętna na *arteria dorsalis pedis, tibialis post. i poplitea* po obu stronach brak. Tętno w *arteria femoralis sin.* pod Poupartem wyczuwa się nieco wyraźniej niż po stronie prawej. Zdjęcie Roentgena stopy lewej wykazuje zatarcie szpary stawowej stawu śródstopno-paliczkowego piątego. Odwapnienie obwodowych odcinków kości śródstopia oraz falang palców.

Na podstawie całokształtu obrazu chorobowego rozpoznałem chorobę Buergera, wobec czego w dniu 29. X. 1934 w znieczuleniu lędźwiowem tropokokainą 7%, dokonałem sympatektomji na *arteria femoralis* w trójkącie Skarpy po obu stronach. Tętnica udowa po stronie prawej znacznie cieńsza niż zwykle, była twarda i nie tętniła, przydanka zdejmowała się z trudnością. Po stronie lewej tętnica udowa tętniła bardzo nieznacznie, była bardzo cienka, grubość jej równała się grubości tętnicy łokciowej w obwodowym odcinku, przydanka zdejmowała się bardzo łatwo, mięśniówka najwyraźniej niedorozwinięta. Po zdjęciu przydanki po obu stronach tętnice jak zwykle uległy rozszerzeniu i nabrały zabarwienia perłowego i zaczęły tętnić. Obie żyły udowe na poziomie dokonanej sympatektomji wyseparowałem i między dwiema podwiązkami przeciąłem, robiąc to w celu uzupełnienia operacji Lerich'a nietylko w celu wytworzenia krążenia redukowanego (Oppel), lecz również dlatego, że jednocześnie z przecięciem żyły przecinają się nerwy naczynioruchowe w ścianie żyły przebiegające. W ten sposób przecinam możliwie jaknajwiększą ilość nerwów zwężających naczynia, co niewątpliwie jest czynnikiem wywołującym powstanie nowych naczyń włoskowatych, a więc i krążenia ubocznego. Spostrzeżenia moje kliniczne niezaprzeczalnie dowodzą, że wyniki operacyjne przy jednoczesnem stosowaniu tych dwóch zabiegów są lepsze i trwalsze niż przy sympatektomji zwykłej. Po zwilżeniu tętnic 80% alkoholem rany warstwowo zeszyłem. Już następnego dnia bóle w obu kończynach całkowicie ustąpiły, obie stopy stały się ciepłe, różowe. W piątym dniu po operacji na lewej kończynie dolnej powstało *lymphangitis et lymphadenitis* okolicy pachwinowej z temperaturą do 37,5°. Następnego dnia stwierdziłem ropień w lewej ranie operacyjnej, wobec czego puściłem szwy i wprowadziłem sączek. W dalszym przebiegu stan obu kończyn dolnych był bardzo dobry, chory nie miał żadnych bólów, odzyskał sen, owrzodzenia zaczęły się goić. W 13 dniu po operacji, wieczorem o godzinie 19 nagle w łóżku wystąpił z lewej rany operacyjnej silny krwotok o charakterze tętniczym. Byłem zmuszony wykonać zabieg chirurgiczny, przyczem stwierdziłem krwawienie z pękniętego tętniaka tętnicy udowej w miejscu dokonanej sympatektomji. Tętniak był wielkości dużego orzecha laskowego. Tętnicę powyżej i poniżej miejsca krwawienia podwiązałem. W dalszym przebiegu wystąpiła zgorzel stopy lewej, co zmusiło mnie dnia 20. XI. do dokonania wyłuszczenia w stawie Choparta, jednak kikut amputacyjny nie goił się i w dniu 27. XII. dokonałem amputacji w środkowej części podudzia. 18. II. 1935 r. chory opuścił szpital z zagojonemi owrzodzeniami stopy prawej bez jakichkolwiek dolegliwości.

Przypadek ten jest zewszechmiar interesujący i bezsprzecznie dowodzi, że operacja Leriche'a w połączeniu z pendzlowaniem tętnicy spirytusem nie jest zabiegiem obojętnym dla chorego i może dawać powikłania groźne dla życia. Jak już wyżej wspominałem, krwawienia z tętnicy w czasie operacji wskutek uszkodzenia jej lub pęknięcia po zdjęciu przydanki były opisywane przez kilku chirurgów, jednak mój przypadek jest o tyle różny, że doszło tutaj do wytworzenia się tętniaka, który uległ rozerwaniu dopiero w 13 dniu po operacji. Podkreślam, że już w czasie operacji stwierdziłem znaczny niedorozwój mięśniówki tętnicy i zmniejszenie jej światła, co było do pewnego stopnia zwiastunem możliwego pęknięcia. Jak już wyżej podawałem, szereg autorów zajęło wyraźnie wrogie stanowisko wobec sympatektomji, jak z obawy na możliwe groźne powikłania, tak również ze względu na jej bezskuteczność.

W celu zapobieżenia tym groźnym powikłaniom powstającym wskutek zdjęcia przydanki, Handley w r. 1922 zaproponował wstrzykiwanie w ścianę tętnicy 80% alkoholu, a to w celu zniszczenia zwojów nerwów współczulnych w niej położonych. Metodę tę należy traktować jako surogat operacji radykalnej, zdążającej w inny nieco sposób ku temuż celowi. Leriche nie odmawia temu zabiegowi pewnej słuszności. Metoda Handley'a nie znalazła szerszego zastosowania ze względu na powikłania jak np.: wstrzyknięcie alkoholu do światła tętnicy, nekrozę koagulacyjną ściany tętnicy i t. d. Dlatego też już wkrótce rosyjscy chirurdzy zmieniają tę metodę w ten sposób, że po odsłonięciu i odseparowaniu tętnicy smarują ją 80% alkoholem. Sposobowi temu zarzuca się, że jakoby spirytus wywołuje nietylko zwyrodnienie zwojów nerwowych, lecz i mięśniówki, co powoduje przekształcenie się tętnicy w powróz bliznowaty z całkowitem zamknięciem jej światła. Zamiast wyskoku Gaudier i Lauvers stosują dla pendzlowania amoniak i twierdzą, że odnosi on pożądane skutki. Doppler zaproponował do pendzlowania tętnicy 5% rozczyn fenolu, obecnie stosuje on 5% rozczyn izofenalu. Według tego autora fenol posiada tę zaletę, że ma stały skład chemiczny, działa wybiórczo i równomiernie na tkankę nerwową nie uszkadzając mięśni, a pozatem wyniki operacyjne po stosowaniu fenolu bez usunięcia przydanki są lepsze niż po typowej operacji Leriche'a (Adler).

W przypadku moim smarowanie spirytusem tętnicy prawdopodobnie nie odegrałoby wybitniejszej roli, gdyż tętnica pozostała drożna i nie było nekrozy ściany; natomiast ropienie rany operacyjnej bezsprzecznie przyczyniło się do nadżarcia tętniaka, który wytworzył się w ciągu 13 dni po zdjęciu przydanki i powstał najwidoczniej na tle niedorozwinięcia mięśniówki tętnicy.

Powstaje więc pytanie, czy z obawy przed możliwemi powikłaniami należy wyrzec się stosowania sympatektomji? Mam wrażenie, że niewykonywanie tej operacji z tych względów byłoby taksamo nielogiczne jak wyrzeczenie się stosowania zespolenia żołądkowo-jelitowego z obawy przed *circulus vitiosus* i t. d., przy niedających się wyciąć wrzodach dwunastnicy. Według mnie należy tylko pamiętać o tem, że sympatektomja jest zabiegiem poważnym i jak zresztą przy każdym innym, jak w czasie wykonania zabiegu tak i w przebiegu pooperacyjnym możemy spotkać się z powikłaniami groźnemi dla życia. Dziwnem więc wydaje się, że niektórzy chirurdzy stosują tę operację ambulatoryjnie.

Piśmiennictwo:

1) Achmatowicz L. i Borysowicz J.: P. G. L. nr. 27, r. 1934. — 2) Adler: Zentralblatt f. Chirurgie. nr. 50, 1934. — 3) Hahn O.: Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems. 1925. Leipzig. — 4) Oppel: Samoproizwolnaja gangrena i t. d. Leningrad, 1925. — 5) Michałowski: P. G. L.

nr. 24, 1932. — 6) Leriche et Stricker P.: L'artériectomie dans les artérites oblitérantes. Paris, 1933. — 7) XXI Zjazd chirurgów polskich. Polski Przegląd Chirurgiczny. T. III. z. 4, 1924.

Dr. Michał STUDZIŃSKI. Łuków.

Niezwykłe drogi zapłodnienia.

Ze Szpitala Sejmik. Św. Tadeusza w Łukowie (woj. lubelskie).

Dnia 28 lutego 1935 r. wezwany byłem do szpitala przez położną, która oznajmiła mi przez telefon, że przybyła rodząca, u której napina się krocze przez rodzącą się główkę, ale niema żadnego wyjścia i niema widoków na urodzenie się płodu spowodu braku szpary sromowej i wejścia do pochwy.

Po przybyciu stwierdziłem, co następuje: pierworódka O. Z., lat 21, z kolonji Domianówka, powiatu łukowskiego, zamężna, 8 miesięcy w ciąży, spodziewany poród w końcu marca. Miesiączki od 15 roku życia co miesiąc bez bólu i dolegliwości, ostatniej dokładnie nie pamięta. Żadnych zaburzeń w sferze płciowej nie zauważyła, stosunki z mężem nie wywoływały żadnych cierpień i nie czuła się chorą. Mąż nie podaje żadnych zastrzeżeń z życia płciowego z żoną. Chora zresztą niezbyt orjentuje się w tych sprawach i uważa, że wszystko było dotychczas normalne.

Przy badaniu stwierdziłem: Temperatura 39°, poród w toku. Przy oględzinach sromu widać napinające się krocze oraz kompletnie zarośnięte ujście pochwy. Wargi duże rozwinięte normalnie, warg małych brak, w górze szpary sromowej widać otwór dość duży, wytworzony z pofałdowanej błony śluzowej, przypominający kapciuch worka gumowego na tytoń. Z otworu tego wydziela się trochę płynu żółtego, gęstego, śluzowatego. Sądziłem narazie, że jest to szczątkowa pochwa i szukałem ujścia cewki moczowej, której jednak nie było. Z otworu tego wyciekał przy ucisku główki płodu płyn jasno żółty, co położna nazwała wodami. Przy wejściu palcem stwierdziłem, że główka płodu oddzielona jest szczelnie błoną i przy badaniu nawet dwoma palcami nie mogłem nigdzie dojść do szyi macicy ani bezpośrednio do główki. Stanąłem narazie zdumiony, z czem mam do czynienia, tem bardziej że napierająca coraz bardziej główka utrudniała orjentację, a fakt zajścia w ciążę mimowoli nasuwał myśl o konieczności komunikacji macicy ze światem zewnętrznym. Sądziłem, że w tym dość dużym otworze mam do czynienia z niedorozwiniętą pochwą, do której gdzieś wyżej uchodzi cewka moczowa.

Przy bardzo mocnem napięciu się krocza zauważyłem na dolnej powierzchni domniemanej pochwy mały otworek wielkości główki szpilki, leżący nieco z boku ku stronie prawej, przez który przy ucisku rodzącej się główki wydobywał się gęsty śluz. Otwór kształtu okrągłego o brzegach całych bez najmniejszych śladów obrażeń mechanicznych.

Zdecydowałem się na nacięcie napiętych przeszkód dla rodzącej się główki i w tym celu dokonałem podłużnego rozcięcia, poczynając poniżej domniemanego wejścia do pochwy w dół wraz z kroczem. Po rozcięciu ukazał się utrzymany pęcherz płodowy, który otworzyłem, wyszły wody płodowe i nastąpił samoistny poród płodu 8-miesięcznego. Łożysko zaraz odeszło samo po lekkim ucisku. Krocze zeszyłem, pozostawiając niezaszyte wejście do pochwy. Przebieg połogu gorączkujący bez objawów ze strony narządów rodnych. Odchody normalne, macica skurczyła się prawidłowo, chora karmiła dziecko, które utrzymało się przy życiu. 8 dnia zdjęto szwy z krocza, 13 dnia gorączka ustąpiła i 16 marca chora wraz z dzieckiem opuściła szpital w stanie dobrym.

Przy badaniu chorej przez nowo wytworzone wejście do pochwy okazało się, że tuż blisko wyczuwa się szyję macicy, pochwa i sklepienie prawidłowe. Otwór zaś pierwotny okazał się cewką moczową, do której swobodnie wprowadziłem wziernik rektalny i mogłem dokładnie obejrzeć pęcherz moczowy.

Jak widać z powyższego, mieliśmy w tym wypadku do czynienia z kompletnem zarośnięciem wrodzonem wejścia do pochwy *(introitus vaginae)* przy dobrze rozwiniętej pochwie i macicy z przydatkami. Cewka moczowa była nadmiernie rozwinięta i na tylnej (dolnej) swej ściance miała maleńki otwór, przez który wydobywała się krew menstruacyjna oraz śluz z pochwy. Stosunki płciowe odbywały się, jak gdyby normalnie, przez cewkę do pęcherza moczowego, niezauważone przez małżonków. Cewka nie stawiała żadnego oporu dla badających dwóch palców, niema więc mowy o odbywaniu stosunku li tylko do cewki, gdyż nie była ona wcale wydłużoną i tuż poza nią wchodziło się swobodnie do obszernego pęcherza moczowego. Nie jest to, jak opisuje Rosner na 143 str. swej ginekologji, gdzie cewka moczowa ulega znacznemu rozszerzeniu i służy jako narząd kopulacyjny, ale musiała cewka ta być szeroką od urodzenia i spełniała zastępczo funkcję ujścia pochwy przez wydalenie odchodów maciczno-pochwowych.

W tych to warunkach nastąpiło jednak zapłodnienie przez przypadkowe przedostanie się kropli nasienia, które normalnie w tym wypadku dostawać się musiało do pęcherza, a stamtąd cofając się, wypływało z moczem nazewnątrz, a nasienie dostało się do wspomnianego otworka i, że się tak wyrażę, „skapnęło" do pochwy.

Przypadek opisany jest bardzo zajmujący i dla embriologa i dla położnika i wreszcie dla lekarza sądowego. Znane są nam przypadki ciąży u dziewic „nienaruszonych", gdzie naprawdę nie doszło do *immissio penis* i nie zdziwiło nikogo, gdyż łatwe jest dostanie się nasienia przez otwór w błonie dziewiczej, tutaj nielada trudu trzebaby, ażeby doszukać się tego otworu, ukrytego gdzieś w fałdach cewki moczowej.



Nie znam dokładnie i nie mam możności szukania odpowiedniej literatury kazuistycznej, sądzę jednak, że przypadek mój jest niezmiernie rzadki i godny podania do wiadomości.

Na zdjęciu zrobionem w dniu wypisania się chorej widać po rozchyleniu dużych warg sromowych u dołu wejście do pochwy, pozostałe przez nacięcie podczas porodu, niżej widać bliznę na kroczu (ciemniejsza linja na białem tle), pod niem ciemne miejsce — otwór rzyci, u góry — ujście cewki moczowej, które — jak widać tu na fotografji — jest bardzo duże.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Stanisław KARASIŃSKI. Kraków.

Walka z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej [1]).

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Latkowski.

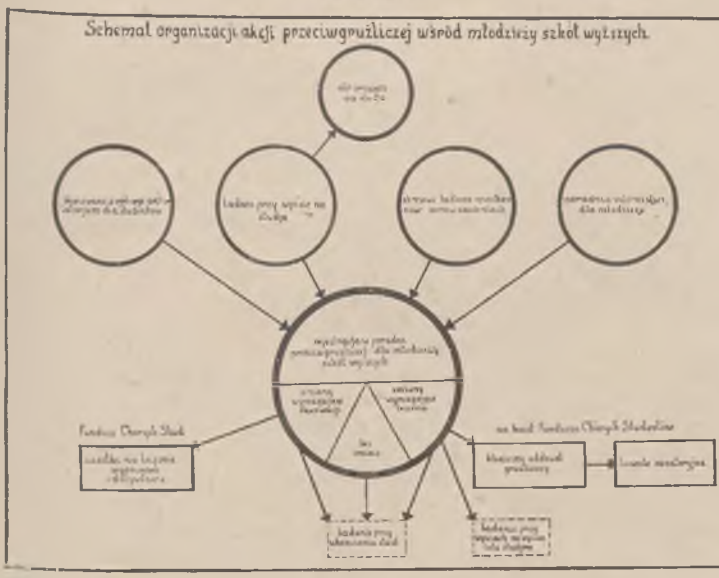
Ośrodkiem działalności przeciwgruźliczej prowadzonej przez Klinikę Lekarską U. J. wśród młodzieży szkół wyższych w Krakowie jest *poradnia przeciwgruźlicza.* Poradnia rejestruje chorych zgłaszających się wprost do niej lub też skierowanych

[1]) Według wykładu wygłoszonego w Krakowskiem Tow. Lekarskiem w dniu 12. XII. 1934.

z ogólnego ambulatorjum dla studentów oraz chorych wykrytych przy badaniu zbiorowem kandydatów do studjów na wyższych uczelniach i mieszkańców domów akademickich. Poradnia korzysta również z materjału zbieranego przez osobną poradnię internistyczną dla młodzieży szkół średnich. Schemat organizacji pracy poradni przedstawiony jest na tabl. I.

Poradnia działa w porozumieniu z klinicznym oddziałem gruźliczym, liczącym obecnie 23 łóżka. Środki na jej utrzymanie pochodzą z zasiłków Min. Opieki Społecznej oraz Funduszu Chorych Studentów U. J. Poradnia ta, oprócz spełniania zadań jej właściwych, służy jeszcze, jako poradnia-uczelnia, do praktycznego zaznajamiania studentów medycyny ze sposobami społecznej walki z gruźlicą.

Tablica I.



Uwaga: Linją przerywaną oznaczono badania, których wprowadzenie jest jeszcze konieczne.

Studenci V roku medycyny odbywają w poradni dyżury i po odpowiedniem przygotowaniu przeprowadzają samodzielnie wywiady społeczne. Dzięki wywiadom zaznajamiają się oni ze środowiskiem, w jakiem żyją chorzy i ich rodziny, poznając przytem w praktyce sposoby wyszukiwania ognisk choroby i zapobiegania jej szerzeniu się. Praca w poradni jest zatem uzupełnieniem wykładów klinicznych z zakresu indywidualnej diagnostyki i terapji gruźlicy i daje młodzieży lekarskiej przygotowanie społeczne do przyszłego zawodu.

Inicjatywa dotycząca tego uzupełnienia studjów wyszła od prof. Latkowskiego w 1927 r. Że była ona słuszna, wskazują na to nietylko zapatrywania klinicystów wykładających gruźlicę, ale również silny obecnie prąd, mający wielu zwolenników z poza kół profesorskich, a zmierzający do reformy studjów lekarskich pod kątem jaknajlepszego praktycznego wyszkolenia lekarzy i przygotowania ich do działalności społecznej.

Z autorów polskich Michałowicz, w monografji wydanej w 1931 r., podnosi, że zrozumienie istoty zagadnienia zwalczania gruźlicy nastąpi, „gdy nauczanie o gruźlicy w wyższych uczelniach lekarskich nie będzie ograniczone li tylko do kliniki indywidualnej gruźlicy, lecz zostanie rozszerzone i ujęte w ramy zagadnienia społecznego. Student, którego nauczono wypukiwać i wysłuchiwać większe ogniska gruźlicy w płucach, robić preparaty z plwociny — jest osobnikiem, którego nauczono na wyrywki zaledwie paru liter z elementarza gruźlicy".

Z autorów obcych Kayser-Petersen omawia w niedawno ogłoszonej publikacji konieczność gruntownego zaznajamiania studentów z pracą poradni przeciwgruźliczej.

Ważnym działem pracy poradni są *badania zbiorowe młodzieży akademickiej*. Ten stosunkowo nowy i ze stanowiska naukowego i społecznego interesujący sposób badania, polegający na badaniu większych zbiorowisk ludzkich z jednoczesnem prześwietlaniem wszystkich badanych promieniami Roentgena, jest jeszcze wciąż, nietylko w Polsce ale i zagranicą w okresie doświadczeń i prób, dlatego też do sprawozdań z pierwszych lat trwania badań, ogłoszonych przeze mnie poprzednio (Nowiny Lek. 1932, Pol. Gaz. Lek. 1934) dołączam obecnie wyniki badań zbiorowych przeprowadzonych z początkiem roku szk. 1934/35, z omówieniem spostrzeżeń poczynionych w Klinice w ciągu tego całego okresu.

Badania zbiorowe młodzieży akademickiej przeprowadza się w Krakowie już od pięciu lat, w tem zaś od lat trzech mają one charakter obowiązkowy.

Zasługuje na uwagę, że ta metoda badań znalazła pierwsze i jak dotychczas najszersze zastosowanie w badaniach młodzieży szkolnej i uniwersyteckiej. Początek badaniom zbiorowym dali lekarze szkolni (Selter), jeszcze przed wojną światową, nie stosując jednak wówczas uzupełniającego badania radjologicznego. Po wojnie badania te, już łącznie z badaniem radjologicznem, podjęli jedni z pierwszych autorowie amerykańscy, Myers i Wulff, na uniwersytecie w Minnesoty (od 1921 r.), później niemieccy (od 1928 r.), w kilkudziesięciu szkołach akademickich w Niemczech. Zestawienia przeglądowe tych badań podają Hornung, Selter, Schulte-Tigges i in. Porównywanie wyników jest niekiedy trudne spowodu różnic w sposobie ujmowania materjału.

W chwili obecnej badania zbiorowe prowadzi się jeszcze, oprócz szkół już wymienionych, na uniwersytecie w Yale w Stanach Zj. Amer. Półn. (Soper i Wilson), w Strasbourgu i Nancy we Francji (Vaucher, Strauss i Schneegans), w Wyższej Szkole Technicznej w Zurychu w Szwajcarji (Kartagener i Weber), nadto w Finlandji, Łotwie, Szwecji, w Polsce zaś we wszystkich już uniwersytetach.

W szkolnictwie ludowem i średniem przeprowadzano badania zbiorowe w Kiel w Niemczech (Büsing) i w Debrecen na Węgrzech (Neuber).

W Krakowie w roku bieżącym badani byli kandydaci do studjów w U. J., w Akademji Górniczej i w Wyższem Studjum Handlowem. Organizacja badań była identyczna, jak lat poprzednich. Badania odbywały się w Klinice Lekarskiej U. J.

Wszyscy kandydaci byli badani radjologicznie i internistycznie, a w miarę potrzeby skierowywano ich również i do innych specjalistów. W badaniach naszych nie poprzestawaliśmy bowiem jedynie na poszukiwaniu zmian natury gruźliczej, ale zwracaliśmy uwagę także i na inne sprawy chorobowe, dzięki czemu można było wyrobić sobie pogląd na ogólny stan zdrowotności zgłaszającej się młodzieży, w stosunku zaś do chorych można było nietylko zalecić leczenie, ale i doradzić wybór odpowiadającej stanowi zdrowia gałęzi studjów.

W przypadkach wątpliwych wykonywano oprócz prześwietleń zdjęcia płuc. Ponadto badano plwocinę, opadanie ciałek czerwonych krwi, mocz i ciepłotę ciała. We wszystkich przypadkach, w których zachodziła konieczność niedopuszczenia kandydata do studjów lub czasowego przerwania studjów, badał chorych przed ostatecznem orzeczeniem Profesor.

Z kandydatami poważnie chorymi staraliśmy się tak postępować, aby nabrali przekonania, że przedewszystkiem w ich interesie leży, by narazie nie myśleli o wpisie do uczelni, ale by się leczyli. Nie żałowaliśmy czasu, by oszczędzać o ile możności psychikę chorych, dla których niejednokrotnie stwierdzenie złego stanu zdrowia było całkowicie nieoczekiwane. Zachowaliśmy przytem podstawową zasadę pracy poradniarskiej, t. zn. poufność wyników badania, zwłaszcza że niedopuszczenie do studjów nie było w świadomości młodzieży jednoznaczne ze stwierdzeniem gruźlicy, ponieważ na niektórych wydziałach inne zmiany chorobowe, np. wady serca, choroby nerek czy też wady budowy, stanowiły przeszkodę w przyjęciu.

Ten oględny sposób postępowania, a jeszcze bardziej ułatwienie młodzieży niezamożnej leczenia w Klinice, sprawiły, że nie mieliśmy żadnych konfliktów z kandydatami nieprzyjętymi.

Młodzież w środowisku krakowskiem miała do badań obowiązkowych pełne zaufanie i zrozumienie faktu, że prowadzi się je przedewszystkiem dla jej dobra. Grunt pod badania obowiązkowe został zresztą przygotowany przez paroletnią działalność akademickiej poradni przeciwgruźliczej, stosującej od 1930 r. tę samą metodę badań nieobowiązkowo.

W okresie przed rozpoczęciem roku szkolnego 1934/35 i w pierwszych dniach trwania wykładów przebadano ogółem 2.347 osób, w tem 1.712 mężczyzn i 635 kobiet. Przebadano nadto 891 mieszkańców domów akademickich, czyli razem 3.238 osób.

Zestawienie liczbowe wyników tegorocznych badań kandydatów do studjów [2]) podane jest na tablicach II—V, przyczem tablica II zawiera dla celów porównawczych zestawienie wszystkich schorzeń i zmian stwierdzonych przy badaniu także i w dwu latach poprzednich.

---

[2]) Dziękuję na tem miejscu Kol. Dr. Ryglickiemu, rentgenologowi Kliniki, za dużą pomoc w opracowaniu tego zestawienia.

Tablica II.

	1932/33	1933/34	1934/35
przebadano osób	2.698	2.642	2 347
rodzaj choroby (zmian):			
zmiany gruźlicze	1.468	1.116	902
chor. narz. oddech. ostre	35	—	7
„ „ „ przewlekłe	3	34	—
„ „ krążenia	91	101	127
(w tem wad serca)	47	89	101 [3])
choroby stawów i mięśni	3	4	26
„ grucz. dokrewnych	69	91	96
„ nerek	5	6	13
„ skóry	8	4	3
„ nosa, gardła i uszu	11	1	26
„ oczu	7	1	1
„ różne	—	1	19
przerost serca	131	366	473
serce małe	54	75	116
skrzywienia kręgosłupa	126	220	210 [4])
anomalje rozwojowe	—	10	22

Jak z tablicy tej widać, największą liczbę stanowią zmiany gruźlicze, jednakowoż ogólny odsetek zmian gruźliczych zmniejsza się z roku na rok, co może wiąże się w części z pewną zaznaczającą się poprawą stanu zdrowotności ludności, prawdopodobnie jednak w większej mierze zależy od pewnej naturalnej selekcji kandydatów, dokonywującej się wskutek niezgłaszania się do wpisu osób poważniej chorych, które zgóry przewidywać mogą trudności w przyjęciu na studja.

W materjale badanych w ostatnich dwu latach uderza jeszcze, poza dużą liczbą zmian w układzie krążenia, mniejsza wartościowość fizyczna kandydatów, zaznaczająca się zwiększeniem się liczby przypadków z hipoplazją serca, zmianami w kośćcu oraz anomaljami rozwojowemi. Można to tłumaczyć tem, że młodzież zgłaszająca się obecnie na studja pochodzi z okresu wielkiej wojny, a zatem rodziła się i spędzała wczesne dzieciństwo w złych warunkach odżywiania i w niekorzystnych warunkach higjenicznych. Zwraca także uwagę znaczna liczba osób z przerostem serca, który w większości przypadków, jak z wywiadów wynika, należy przypisać nieracjonalnie prowadzonym ćwiczeniom fizycznym i sportom.

Co się tyczy typów budowy, to w materjale badanych w ostatnim roku przeważa typ oddechowy (m. 53,21%, k. 43,15%), na drugiem miejscu znajduje się typ mięśniowy (m. 34,70%, k. 29,92%), dalej zaś typ trawienny (m. 10,63%, k. 26,93%) oraz typ mózgowy (m. 1,46%).

Zestawienie dotyczące wyłącznie zmian gruźliczych w tymże materjale badanych podają tablice III—V, ze szczegółowem wyliczeniem rodzaju zmian. Przyjęty podział jest analogiczny, jak w poprzednich latach.

Tablica III.

	mężczyźni	%	kobiety	%	razem	%
przebadano :	1,712		0,635		2.347	
stwierdzono zmiany gruźlicze:						
I. wymagające leczenia:						
płuc	53		19			
		3,15		2,99	73	3,11
kości	1		—			
II. wymagające obserwacji:						
płuc	190		55			
opłucnej	5		2			
		11,62		9,44	259	11,03
gruczołów wnękowych	4		3			
III. wygojone:						
zespół pierwotny	185		85			
zrosty i zgrub. opłuc.	69		29			
		24.18		24,56	570	24.28
zwapnienia grucz. wnęk.	157		42			
zmiany kostne i stawowe	3		—			

[3]) w tem 2 wady wrodzone *(ductus Botalli persistens, Stenosis pulmonalis).*

[4]) w tem 20 bardzo wybitnych, ze zniekształceniem klatki piersiowej.

Tablica IV.

(zmiany gruźlicze wymagające leczenia)

zmiany włókniste szczytowe	13	przypadków
nacieki wczesne	6	„
zmiany włóknisto-serowate	3	„
„ rozpadowe	4	„
„ włókniste rozległe	24	„
„ guzkowe i guzkowo-włókniste	22	„
gruźlica stawu biodrowego	1	„

Stwierdzonych 6 przypadków nacieków wczesnych stanowi 0,25% ogólnej liczby badanych, a 0,66% liczby osobników ze zmianami gruźliczemi, zaś 8,21% zmian gruźliczych wymagających leczenia. Wszystkie nacieki wczesne znajdowały się w okolicach pozaszczytowych. Częstość nacieków wczesnych w materjale badanych w ostatnim roku bardzo jest zbliżona do liczby nacieków wczesnych stwierdzonych w poprzednich dwu latach (w roku szk. 1932/33 — 0,23%; w roku szk. 1933/34 — 0,3%).

Tablica V.

(zmiany gruźlicze wymagające obserwacji)

zmiany włókniste szczytowe i podszczytowe	201	przypadków
zmiany włókniste ograniczone	44	„
gruźlica gruczołów wnękowych	7	„
zmiany opłucnej niedawno przebyte	7	„

Na podstawie wyników badania uznano za nienadających się do przyjęcia na studja ze względu na chorobę 19 kandydatów (ek). Liczba ta stanowi zaledwie 0,8% ogólnej ilości badanych, a 26,02% ilości przypadków gruźlicy płuc wymagającej leczenia.

Minimalna liczba nieprzyjętych na studja w stosunku do liczby płucno-chorych wymagających leczenia dowodzi, że nie dopuszczano do studjów tylko tych chorych, których leczenie w warunkach pracy istniejących w wyższych uczelniach nie byłoby możliwe, a których udział w studjach mógłby stanowić niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia.

Interesującem będzie porównać wyniki badań zbiorowych od czasu obowiązkowego wprowadzenia tychże badań w Krakowie. Są one przedstawione w tablicy VI.

Tablica VI.

Zestawienie wyników badań zbiorowych.

rok szk.	przebadano osób:	% zmian gruźliczych 1)	2)	3)	razem	% osób bez zmian gruźliczych	% zupełnie zdrowych
1932/33	2.698	2,72	5,45	46,25	54,42	45,58	29,58
1933/34	2.642	3,06	3,67	35,51	42,24	57,76	35,35
1934/35	2.347	3,11	11,03	24,28	38,42	61,58	37,40

Uwaga: 1) zmiany wymagające leczenia
2) „ „ obserwacji
3) „ wygojone.

Widać z niej przedewszystkiem, że z roku na rok obniża się ilość zapisujących się na wyższe uczelnie w Krakowie. Z porównania innych cyfr wynika, że zmniejsza się wśród młodzieży sposobiącej się do studjów wyższych ogólna liczba chorych ze zmianami gruźliczemi; liczba przypadków wymagających leczenia wzrosła nieznacznie, natomiast zwiększyła się wyraźnie liczba chorych zakwalifikowanych do stałej obserwacji w poradni. Nasze dotychczasowe doświadczenie wskazuje bowiem na konieczność częstej kontroli stanu zdrowia osobników ze zmianami ujętemi w tablicy V, ze względu na możliwość zaostrzenia się sprawy chorobowej.

Płynie stąd wniosek, że na jednorazowych badaniach zbiorowych poprzestawać nie można, gdyż badania te pozwalają tylko na stwierdzenie zmian w danym czasie istniejących. W całym szeregu przypadków mieliśmy sposobność stwierdzić, że u osobników niewykazujących przy badaniu wstępnem żadnych dostrzegalnych zmian czynnych w płucach, zmiany te ujawniały się już w kilka miesięcy po badaniu pierwszem.

Oprócz badania kandydatów do studjów przeprowadzono również w bieżącym roku szkolnym *badanie mieszkańców wszystkich domów akademickich,* przyczem po raz pierwszy miały one charakter badań obowiązkowych. Wśród mieszkańców domów akademickich, na 891 osób zbadanych, stwierdzono gruźlicę otwartą w 5 przypadkach. Chorych studentów przyjęto odrazu do Kliniki i rozpoczęto u nich leczenie; dalszych 37 osób spośród miesz-

kańców domów akademickich objęto w obserwację poradni. Jest rzeczą znamienną, że tylko jeden student wśród tych pięciu prątkujących, był zorjentowany dokładnie w swoim stanie, jednak do czasu obowiązkowego badania domów akademickich unikał stale badania lekarskiego.

Pragnę podkreślić na tem miejscu, zgodnie z codziennem doświadczeniem klinicznem, że niebezpieczeństwo styczności z osobnikami prątkującymi wcale nie jest wyolbrzymione, gdyż nie ulega żadnej wątpliwości, iż zakażanie się otoczenia ludzi chorych bardzo jest rozpowszechnione.

Toteż ze względu na możliwość szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży drogą zarażania się od chorych współkolegów, na wykładach i ćwiczeniach laboratoryjnych, w seminarjach, we wspólnych mieszkaniach w domach akademickich, w jadłodajniach i t. p., koniecznem się staje usuwanie chorych gruźliczych prątkujących od nieskrępowanego stykania się z otoczeniem i poddawanie ich leczeniu.

Oponenci stosowania przymusu badań w szkołach wyższych zapominają najczęściej o drugiej, żywo w badaniach zainteresowanej stronie, a mianowicie o osobnikach zdrowych, których nie wolno przecież narażać na zakażanie się w murach uczelni. Warto za B r o u a r d e l'e m przypomnieć na tem miejscu zdanie, jakie jeszcze w 1898 roku wypowiedział G r a n c h e r, że ludzie mają prawo do opieki nad ich zdrowiem równie dobrze, jak do opieki nad ich mieniem, i że swoboda chorowania nie jest równoznaczna ze swobodą zarażania swego sąsiada.

Ścisłość każe stwierdzić, że zajęcie konsekwentnego stanowiska wobec chorych niebezpiecznych dla otoczenia było w naszych warunkach początkowo utrudnione, gdyż w pierwszych dwu latach trwania badań władze akademickie U. J. przyjęły na studja wbrew zapatrywaniu Kliniki 6 kandydatów z posuniętemi zmianami gruźliczemi; władze uniwersyteckie pragnęły bowiem zapewnić w ten sposób studentom tym leczenie na koszt Fund. Chorych Studentów U. J. Postąpienie takie, kierowane bezsprzecznie szlachetną intencją, nie mogło dać korzystnego wyniku, zwłaszcza w przypadkach już nieuleczalnych, a utrudniało racjonalne zapobieganie szerzeniu się gruźlicy w audytorjach uniwersyteckich.

Chorzy ci, mimo wielomiesięcznego leczenia klinicznego i sanatoryjnego, nie osiągnęli poprawy, a ich udział w studjach stał się rzeczywiście iluzoryczny. Jeden z tych chorych, z rozległą gruźlicą płuc i krtani, już zmarł.

W roku bieżącym, dzięki wielkiej przychylności, okazanej dla tej pracy przez J. M. Pana Rektora U. J. Prof. Dr. M a z i a r s k i e g o, udało się uniknąć tej rozbieżności działania.

Rygor wykluczenia od czynnego udziału w studjach osób dotkniętych chorobą zakaźną, niebezpieczną dla otoczenia, jest istotnie przykry ale konieczny, ma on bowiem na względzie, poza dobrem ogółu, także i dobro samych chorych. Nie można bowiem zamykać oczu na fakt, że duży trud pracy w uczelni, nieobojętny dla ustroju człowieka chorego, miałby właśnie podjąć taki chory osobnik, napewno bez widoków ukończenia szkoły wyższej, jeśli przedtem nie odzyska zdrowia. Natomiast, przeprowadziwszy w porę leczenie chorych, można niejednokrotnie po pewnym okresie czasu, gdy poprawa się już uwydatni, zezwolić im na wpis i umożliwić ukończenie studjów.

Słuszności tego stanowiska dowodzi chociażby los tych studentów niedopuszczonych do studjów, których jako niezamożnych przyjmowano bezpłatnie na Klinikę w celu leczenia.

W pierwszym roku badań leczono w Klinice 5 takich kandydatów, w drugim — 2, w trzecim — 11; wynik leczenia był tak korzystny, że można było zezwolić na rozpoczęcie studjów: 2 kandydatom po upływie 6 miesięcy, 3 kandydatom po upływie roku, a 1 kandydatowi po 2 latach trwania leczenia i obserwacji; dwaj inni wybrali po wyleczeniu inny zawód.

Ogólny materjał Kliniki z badań młodzieży akademickiej prowadzonych od 1930 r. jest już stosunkowo duży, gdyż wynosi 10.687 osób; w tem zaś podczas samych tylko badań obowiązkowych w ostatniem trzechleciu przebadano, łącznie z mieszkańcami domów akademickich, 8.578 osób, wśród których wykryto 66 osób z gruźlicą otwartą.

Jak z dotychczasowego przedstawienia rzeczy widać, plonem przeprowadzonych przez nas badań zbiorowych jest nietylko wykrycie pewnej grupy osób chorych, przeważnie niewiedzących nic o złym stanie ich zdrowia, i objaśnienie ich o konieczności leczenia oraz o niezbędnych środkach ostrożności wobec otoczenia, ale również objęcie w stałą obserwację lekarską w poradni[5]) dużej liczby studentów zagrożonych gruźlicą.

Badania zbiorowe okazały się zatem bardzo użyteczne dla celów wczesnego rozpoznania zmian gruźliczych i wczesnej interwencji leczniczej; mają one pozatem bezspornie dużą wartość zapobiegawczą. Badania zbiorowe dają również sposobność wejrzenia w rzeczywisty stan zdrowotności młodzieży akademickiej. Stan ten nie jest dobry. Jeśli bowiem oprzeć się wyłącznie na liczbie chorych wykrytych w ostatniem trzechleciu (66 osób) i niedopuszczonych do studjów ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia dla otoczenia, to stwierdzić można, że u nas co 130 student cierpi na gruźlicę otwartą. Dla porównania przytoczę, że w materjale K a t t e n t i d t a, obejmującym od r. 1929 około 30.000 badań młodzieży uniw. w Monachjum, stosunek ten jest korzystniejszy, niż u nas, gdyż tam co 200 osobnik, spośród pozornie zdrowych, ma gruźlicę otwartą.

Ze stanowiska naukowego *badania zbiorowe mają tę dużą wartość, że dzięki nim można poznać przebieg początkowego, utajonego okresu gruźlicy, w którym sprawa chorobowa rozwija się często bez żadnych subjektywnych zaburzeń* i nie zwraca niekiedy niczem uwagi ani chorego ani jego otoczenia. Może nie być gorączki, kaszlu, utraty wagi, złego wyglądu — sprawność fizyczna może trwać nieupośledzona, do tego stopnia, że chory może pracować a nawet odbywać ćwiczenia fizyczne i uprawiać sporty.

Dla tego rodzaju spraw chorobowych proponuje K a t t e n t i d t nazwę *„unbemerkte Tuberkulose"*, zamiast nazwy *„tbc. inappercepta"* podanej w roku 1930 przez B r a e u n i n g a.

Wykrycie takich początkowych spraw bywa często rzeczą zupełnego przypadku, gdyż, co na szczególniejszą zasługuje uwagę, nie dają one przeważnie objawów opukowych ani też osłuchowych, a dają się rozpoznać wyłącznie badaniem radjologicznem.

W materjale Kliniki Lekarskiej U. J. uzyskanym z badań zbiorowych, mamy wiele dowodów na istnienie takiego utajonego, zupełnie niezauważonego początkowego przebiegu gruźlicy. Dla przykładu przytoczę, że u czterech kandydatów, którzy dopiero co ukończyli obowiązkową służbę wojskową, znaleźliśmy zmiany włóknisto-serowate płuc z jamami oraz prątki w plwocinie. Osobnicy ci wyglądali dobrze i nie mieli żadnych dolegliwości podmiotowych, znieśli zresztą zupełnie dobrze trudy służby wojskowej. Co ciekawsze, że jeden z nich jeszcze przed dwoma laty, podczas pierwszych badań obowiązkowych, nie został przyjęty na studja spowodu wykrycia nacieku pod obojczykiem z podejrzeniem rozpoczynającego się rozpadu. Ten stan nie uchronił go jednak od odbycia służby wojskowej, co dowodzi istotnie małej szczelności tej sieci, jaką zdaniem T e l a t y c k i e g o powinny być pod względem zdrowotnym komisje poborowe, mające za zadanie niedopuszczania do wojska nietylko elementu chorego, ale i zagrożonego gruźlicą.

Spostrzeżenia kliniczne świadczą, że czas trwania takiej „niezauważonej sprawy gruźliczej", od powstania pierwszego ogniska aż do wykrycia cierpienia, wynosi od kilku miesięcy do 1—2 lat; zdaniem K a t t e n t i d t a okres ten może trwać przeciętnie nawet około 3 lat. Fakt ten ma ze stanowiska epidemjologicznego ogromne znaczenie, gdyż chorzy, nic nie wiedząc o swej chorobie, zakażają bezwiednie swoje otoczenie. Chorzy tacy pozatem, pracując normalnie i odbywając nawet ćwiczenia fizyczne, doznają przy pracy wskutek każdego wysiłku pogorszenia się ich cierpienia. Szczególniejsze niebezpieczeństwo pod względem rokowania istnieje dla tych spraw właśnie w latach między 18 a 25 rokiem życia. Wskazuje na to cyfra śmiertelności z gruźlicy, największa w trzecim dziesiątku lat życia (N e r i, K a t t e n t i d t i in.).

Przytoczone wyżej paroletnie spostrzeżenia, poczynione w Klinice Lekarskiej U. J. oraz zapatrywania zaczerpnięte z literatury tego przedmiotu dowodzą, że metoda badań zbiorowych jest naukowo całkowicie uzasadniona i że stanowi ona w szeregu sposobów walki społecznej z gruźlicą niewątpliwy postęp, można zatem oczekiwać, że w przyszłości będzie ona zapewne

---

[5]) Pod stałą opieką poradni przeciwgruźliczej znajduje się obecnie 477 osób.

Ogólna liczba studentów szkół wyższych, którzy byli leczeni na Oddziele Gruźliczym Kliniki w latach 1929—1934 wynosi 117 osób. Odmą sztuczną leczono 51 chorych (43,5%); wyleczenie osiągnięto u 27 chorych (23%), poprawę stanu u 69 chorych (59%), pogorszenie nastąpiło u 19 chorych (16,3%), zmarło 2 chorych (1,7%).

Czas trwania leczenia klinicznego wynosił w niektórych przypadkach szereg miesięcy, przyczem po wyczerpaniu 8-tygodniowego okresu świadczeń ze strony Fund. Chorych Studentów, leczono dalej chorą młodzież na Oddziele Gruźliczym Kliniki zupełnie bezpłatnie.

Studentów potrzebujących leczenia sanatoryjnego lub klimatycznego skierowywano do tegoż leczenia. Liczba studentów, którzy otrzymali na ten cel zasiłek z samego tylko Fund. Ch. Stud. U. J., wynosi dotychczas 459 osób.

coraz powszechniej stosowana. Takim entuzjastą upowszechnienia tych badań jest Kattentidt, który spodziewa się, że tą drogą można będzie o kilka lat wcześniej wykrywać zakaźne, czynne zmiany gruźlicze płuc, aniżeli byłoby to możliwe przy użyciu innych sposobów badania; wobec tego przebieg choroby wskutek wczesnego podjęcia leczenia może być lżejszy, a rokowanie korzystniejsze, przedewszystkiem zaś chory o kilka lat wcześniej będzie zorjentowany, że jest zakaźnym, i będzie unikać roznoszenia zakażenia.

Badania zbiorowe winny być jednak powtarzane systematycznie co pewien czas; tyczy się to zwłaszcza okresów znanej wiosennej aktywacji spraw gruźliczych (Kattentidt) oraz okresów panującej epidemji grypy, która może powodować zaostrzenie istniejącej sprawy gruźliczej (Schulte-Tigges). W związku z tem należy zauważyć, że z badaczów polskich Latkowski przestrzega stale przed tak częstem i pochopnem rozpoznawaniem „grypy", bez przeprowadzenia dokładnego badania płuc, podnosząc, że przeważnie ma się w tych wypadkach do czynienia z gruźlicą nierozpoznaną.

Badania zbiorowe muszą polegać na dokładnem badaniu klinicznem, z oparciem się i na innych metodach badań dodatkowych. Co się tyczy badania radjologicznego, które ma tak duże znaczenie w badaniach zbiorowych, to płonną jest obawa, aby stosowanie tej metody badań mogło doprowadzić do nadmiernego i wyłącznego zaufania do radjodiagnostyki.

Badanie radjologiczne, jako metoda pomocnicza, musi być częścią badania klinicznego. Może ono mieć istotnie znaczenie rozstrzygające we wczesnych zmianach wysiękowych, w wykrywaniu nacieków, zwłaszcza nacieków poniżej 6 cm średnicy i otoczonych niezmienioną tkanką płucną, dalej w wykrywaniu mniejszych jam, procesów rozsianych, oraz innych zmian niedostępnych dla metod badania fizycznego, czyto spowodu warunków anatomopatologicznych (zrosty opłucnej, rozedma), czy też spowodu głębokiego umiejscowienia sprawy (Donath, Schulte-Tigges i in.). Przypadki, w których stwierdza się objawy fizyczne, a brak jest zmian radjologicznych, są wogóle rzadkie. Przypadki takie, radjologicznie nieuchwytne, co może także jeszcze polegać na niedoskonałości techniki, opisali w ostatnich czasach Meersman, dalej Bezançon, Braun i Meyer oraz Stephani i Mollard (Lereboullet i Lelong), stwierdzając przytem u tych osobników obecność prątków w plwocinie.

W Klinice prof. Latkowskiego spostrzegano również kilka przypadków, w których badanie radjologiczne nie wykazywało niewątpliwych zmian stwierdzanych badaniem fizycznem.

Dla przykładu przytoczyć można: zapalenie opłucnej na tle gruźliczem w początkowym okresie, z wyraźnem tarciem opłucnej, dalej przypadek nacieku zapalnego z trzeszczeniami i rzężeniami, w którym dopiero po dłuższym czasie badanie radjologiczne, początkowo negatywne, wykazało naciek gruźliczy, a badanie plwociny wykazało obecność prątków Kocha, wreszcie przypadek nacieku z typowemi objawami fizycznemi, w którym badanie radjologiczne powtórzone w Klinice po upływie około 2 tygodni od pierwszego zdjęcia wykonanego poza Kliniką, wykazało przy specjalnem poszukiwaniu istnienie minimalnego nacieku schowanego pod żebrem; w przypadku tym badaniem fizycznem stwierdzało się naciek na większej przestrzeni oraz prątki w plwocinie.

Tego rodzaju trudności rozpoznawcze przy badaniu radjologicznem zdarzać się mogą szczególnie przy prześwietlaniu klatki piersiowej. W miarę ulepszeń w aparaturze rentgenowskiej i w miarę postępu w technice zdjęć przypadki takie będą oczywiście coraz rzadsze.

Spostrzeżenia powyższe wskazują jednak na konieczność jaknajdokładniejszego badania klinicznego i dalszej częstej obserwacji, zwłaszcza zaś badania plwociny chorych, u których radjologicznie nie stwierdza się zmian czynnych, a obraz chorobowy i badanie fizyczne budzą wątpliwości.

Co do samej techniki badań radjologicznych w zastosowaniu do badań zbiorowych, to wszyscy badacze wypowiadają się za wykonywaniem oprócz prześwietleń, możliwie jaknajwiększej liczby zdjęć, ze względu na prawdopodobieństwo pomyłek i przeoczeń, choćby wskutek zmęczenia wzroku u rentgenologa (Hayek); Schulte-Tigges radzi nadto wykonywać zdjęcia klatki piersiowej nietylko tylno-przednie ale i przednio-tylne, radzi również robić zdjęcia w fazie wydechu, w której zarysy jam niekiedy lepiej się zaznaczają.

Badania zbiorowe powinny mieć charakter obowiązkowy. Wskazują na to nietylko nasze własne spostrzeżenia z okresu, gdy badania nasze były dobrowolne, ale i ogłoszone w 1935 r. spostrzeżenia Janiszewskiego, poczynione podczas pierwszych badań zbiorowych wśród młodzieży akademickiej w Warszawie w roku szk. 1933/34, gdzie na 3.230 osób wezwanych do badań, nie stawiło się 611 osób (18,9%); słusznie przypuszcza Janiszewski, „że właśnie wśród uchylających się od badań, najliczniej reprezentowani są ci najwięcej potrzebujący opieki lekarskiej, chorzy na choroby zakaźne, niebezpieczni dla otoczenia, dla swych kolegów". Stąd też i wyniki tychże badań dla akcji profilaktycznej muszą mieć wartość problematyczną. Podobnie też i Kayser-Petersen podnosi, że najbardziej prawdopodobne jest wykrycie zmian chorobowych u ludzi, którzy najgwałtowniej bronią się przed badaniem, uzasadniając ten sąd liczbowo wynikami osiągniętemi u osób doprowadzonych do badania przymusowo.

Być może, że u młodzieży naszej wchodzą w grę jeszcze inne, bardziej złożone przyczyny tego zachowania się. Chcę je oświetlić, aby łatwiej można było znaleźć sposoby skutecznej pomocy.

Młodzież nasza jest żywiołem niełatwo dającym się nakłonić do posłuchu nawet dla zarządzeń zdrowotnych wydanych dla jej dobra, jeśli brak jest odpowiedniej egzekutywy dla tych zarządzeń. Bardzo częstem zjawiskiem jest przytem u młodzieży chorej chęć kończenia studjów za wszelką cenę i to możliwie jaknajszybciej, bez względu na pogarszający się stan zdrowia. Nie pomagają tutaj żadne perswazje. Przyczyną tego zjawiska jest przeważnie nędza szerokich kół młodzieży. Toteż lęk przed jakąkolwiek przerwą w studjach oraz obawa utraty ubocznego źródła zarobkowania, będącego często jedyną podstawą egzystencji, skłania wielu młodych ludzi, jak tego sami mieliśmy przykłady, do unikania badań lekarskich, albo też do lekceważenia sobie zaleceń lekarskich, co w następstwie prowadzi do rozpaczliwego wprost pogorszenia się ich stanu, w jakim wkońcu jednak przychodzą, najczęściej już bez widoków osiągnięcia poprawy. W pewnej mierze w grę wchodzi jeszcze, zwłaszcza u poważniej chorych, niewiara w możność wyleczenia się — oparta zapewne na świadomości, że dawne metody leczenia gruźlicy nie dawały wogóle wyników — a stąd pełna tragizmu rezygnacja z wszelkich prób leczenia.

W tych warunkach stosowanie środków przymusowych w walce z chorobami społecznemi, acz napozór niepopularne i mogące wywoływać odruch sprzeciwu, wydaje się być dla dobra ogółu konieczne i uprawnione, i po tej linji idą wszelkie nowoczesne ustawodawstwa.

Niedawno ogłoszona polska *ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu,* wprowadza co do gruźlicy obowiązek zgłaszania tej choroby w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia. Pozwoli to obecnie określić ściślej rozmiary tej klęski u nas i ułatwi orjentację w zadaniach, jakie musi podjąć społeczeństwo, aby ją zwalczyć.

Czeka jednak jeszcze na rozwiązanie sprawa przymusowej izolacji takich chorych z otwartą gruźlicą, którzy nie mają środków na leczenie się w odpowiednich zakładach, a w warunkach domowych nie mogą być odosobnieni.

Za potrzebą konsekwentnej i stanowczej obrony otoczenia przed prątkującymi wypowiadają się w dobie obecnej liczni badacze polscy i obcy. Michałowicz podnosi np., że *„należy oddzielać chore jednostki prątkujące od ich otoczenia bez względu na jego wiek, stosując to zarządzenie z nieubłaganą bezwzględnością".* Chodźko podkreśla znaczenie zgłaszania przypadków gruźlicy i obowiązkowego badania zdrowego otoczenia chorych. Wśród zasad walki, co interesuje nas ze stanowiska badań zbiorowych, wymienia Chodźko konieczność jaknajszybszego wykrycia wszystkich przypadków gruźlicy i rzeczywistej koordynacji czynności wszystkich instytucyj przeciwgruźliczych. Za przeprowadzaniem badań zbiorowych wśród młodzieży wypowiedzieli się u nas zupełnie zdecydowanie: ś. p. prof. Halban, twórca lwowskiej „Opieki Zdrowotnej", Hornung, Janiszewski, Latkowski, Legeżyński, Pisek, Sabatowski, Węgrzynowski i inni.

Z zapatrywań badaczów obcych zasługuje na przytoczenie zdanie Kayser-Petersena, który uważa, że używanie środków przymusowych, jakiemi w większości przypadków wystarczy nawet tylko zagrozić, jest rzeczą przy zwalczaniu zarazy całkowicie uprawnioną. Brouardel dobrze odczuwa ducha czasu, gdyż podnosi, że obecnie wychowanie nas posuwa się naprzód w kierunku pożądanym dla zrozumienia celowości zarządzeń ochronnych i posłuchu dla nich.

Wobec zastrzeżeń czynionych przeciw rozpowszechnianiu akcji badań zbiorowych, jako akcji dającej się rzekomo z tym samym skutkiem prowadzić w ramach normalnej działalności poradni przeciwgruźliczych (Hoth, Hayek, Stypułkowski), trzeba jeszcze rozpatrzeć pokrótce stosunek tej metody badań do innych sposobów walki z gruźlicą, w szczególności do akcji poradni terenowych, ogólnych.

Badaniom zbiorowym nie można przeciwstawiać pracy prowadzonej przez poradnie przeciwgruźlicze, gdyż obie te metody działania mają sobie właściwe i różne zakresy zastosowania. Badania zbiorowe są sposobem wyszukania wśród osób uważających się za zdrowe, tych chorych gruźliczych, do których nie prowadzi żaden ślad, natomiast poradnie przeciwgruźlicze, wpadłszy na trop chorego, podążają już za nim z całym swoim wypróbowanym arsenałem środków (Kattentidt). Obu metod należy zatem, zdaniem Braeuninga, używać równorzędnie, a więc terminowych badań zbiorowych oraz prowadzonej przez poradnie akcji uświadamiającej wśród ludności. Nie można zaś wyłącznie poprzestawać na stosowaniu pouczeń, aby ludzie z otoczenia chorych gruźliczych zgłaszali się do lekarzy, gdy spostrzegą charakterystyczne dolegliwości, ponieważ, jak to wyżej podnosiliśmy, gruźlica w początkowym okresie ma przebieg utajony i nawet duże doświadczenie lekarskie nie pozwala w tym czasie na jej wykrycie. Wielu chorych z otwartą gruźlicą, u których, mimo starannego wypytywania się, nie można stwierdzić źródła zakażenia, jest właśnie, jak sądzi Kattentidt, ofiarą licznych niewykrytych osobników dotkniętych taką gruźlicą niezauważoną.

Metoda badań zbiorowych nie czyni zatem wyłomu, ani nie wprowadza dezorganizacji w ogólnym planie walki z gruźlicą, ale jest tego planu znakomitem uzupełnieniem, w środowiskach zaś tak szczególnie narażonych, a przytem tak społecznie ważnych, jak np. środowisko młodzieży akademickiej, przyśpiesza osiągnięcie wyników, co nie jest chyba do pogardzenia.

Należy jednak dodać, że wysiłek, niejednokrotnie wielki, włożony w przeprowadzenie badań, tylko wówczas okaże się w skutkach w całej pełni użyteczny, jeśli się istotnie podejmie bezzwłocznie pracę dalszą, wiążącą się z wynikami osiągniętemi przy badaniach.

W tym względzie naturalną konsekwencją badań musi być nietylko powołanie do życia sprawnie działających organizacyj, któreby pełniły dalszą opiekę lekarską w danem środowisku, głównie myślę tu o środowiskach młodzieży, ale również musi się wytworzyć stosunek rzetelnej współpracy z poradniami przeciwgruźliczemi w terenie; poprzez badanych zbiorowo można bowiem, współpracując z odpowiedniemi poradniami, trafić zupełnie dobrze do rodzin tych z nich, którzy okażą się chorzy.

W środowiskach młodzieży akademickiej punkt ciężkości pracy pozostać winien w poradni przeciwgruźliczej i to selekcyjnej, wyłącznie dla młodzieży przeznaczonej i czuwającej nad całą działalnością zapobiegawczą i leczniczą. Środowisko młodzieży studjującej, mimo że jest ona emanacją szerokich kół społeczeństwa i nosi na sobie piętno stanu zdrowotnego tych kół, stanowi bowiem z natury rzeczy, z mocy warunków pracy i życia w szkole akademickiej, pewną grupę dosyć ściśle w sobie zamkniętą i mającą pewne specjalne wymagania zdrowotne; pozatem perspektywa przyszłej użyteczności członków tego środowiska dla Państwa kwalifikuje je, o czem może niezawsze się pamięta, na środowisko szczególnie wartościowe, którem należy się zająć przedewszystkiem z wielką troskliwością.

Nie ulega wątpliwości, że *należyte postawienie sprawy walki z gruźlicą jeszcze na terenie szkolnictwa przeduniwersyteckiego, w okresie rozwoju i dorastania młodzieży, pozwoli uzyskać bardziej korzystne wyniki w całej akcji zapobiegawczej i leczniczej wśród młodzieży. Toteż badania zbiorowe powinny być wprowadzone również w szkolnictwie średniem i niższem.*

Warto na tem miejscu przypomnieć, że zarówno III Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Poznaniu (1928), jak i IX Zjazd Internistów Polskich w Krakowie (1931), opowiedziały się zdecydowanie za wprowadzeniem badań lekarskich wszystkich nowozapisujących się do wyższych zakładów naukowych i za niedopuszczaniem do wpisu chorych z gruźlicą niebezpieczną dla otoczenia. Na tem samem stanowisku stoją również zainteresowane Ministerstwa, jak Min. Opieki Społecznej, stale popierające tę akcję finansowo, oraz Ministerstwo W. R. i O. P., które w 1932 r. zaleciło wyraźnie badanie zdrowia młodzieży przy wstępowaniu do szkoły wyższej i w czasie studjów, nadzór lekarski nad domami i kuchniami oraz walkę z chorobami społecznemi drogą propagandy i zapobiegania w odpowiednich poradniach.

Drugim terenem, na którym badania zbiorowe mogłyby być z pożytkiem dla społeczeństwa stosowane, jest przedewszystkiem *wojsko*. Zagranicą stosuje się już badania te w wojsku szwajcarskiem i niemieckiem.

Dla naszej armji wprowadzenie badań zbiorowych przy poborze rekruta miałoby doniosłe znaczenie. Jak to bowiem wynika ze statystyk wojskowych obliczonych dla całego Państwa, zmiany gruźlicze, poczynając od rocznika 1906 do rocznika 1909, są w progresji i stanowią 9,2 do 10,7% ogółu poborowych (Waga). W miarę zgłaszania się do poboru roczników urodzonych w okresie wielkiej wojny, odsetek zmian gruźliczych wśród nich, jak przypuszcza Telatycki, niewątpliwie wzrośnie. Aby zaradzić pomyłkom zdarzającym się przy poborze, narażającym później Skarb Państwa na wydatki z tytułu rent inwalidzkich, proponuje Telatycki, aby utworzyć instytucję „przysięgłych lekarzy poradniarskich", obowiązanych do przebadania całej młodzieży męskiej na 2 lata i 1 rok przed poborem; lekarze ci wydawaliby dla użytku komisyj poborowych świadectwa zdrowia co do gruźlicy, oparte na badaniu fizycznem, radjologicznem i na badaniu plwociny.

Projekt ten nie jest praktycznem rozwiązaniem tego zagadnienia. Według niego miałaby powstać nowa właściwie instytucja, absorbująca lekarzy poradni sposobem pracy, do którego poradnie nie są przystosowane, a w gruncie rzeczy nieodpowiadająca celowi, gdyż wyniki badania z okresu nawet 1 roku przed poborem, w świetle naszych wywodów poprzednich, nie mogą być uważane za miarodajne, a opieranie się na takich świadectwach zdrowia co do gruźlicy nie zapobiegałoby zupełnie przyjmowaniu do służby wojskowej poborowych ze zmianami świeżo przed poborem powstałemi, niedającemi się wykryć zwykłem badaniem fizycznem. Zdaniem naszem najkorzystniej byłoby zatem badać poborowych radjologicznie bezpośrednio podczas poboru, na wzór badań zbiorowych. Cała organizacja badań, licząc się przytem z utworzeniem ruchomych pracowni radjologicznych, nie pochłonie napewno wiele więcej kosztów, a wyniki będą mieć wielkie znaczenie dla zdrowia naszej armji i dla ochrony ludności cywilnej przed zakażeniem, stanowiąc zarazem poważną oszczędność w gospodarce społecznej.

Pierwszy krok został zresztą w wojsku już uczyniony, gdyż, jak podaje Zawadowski, badanie radjologiczne kandydatów obowiązuje już w sanitarnej szkole podchorążych.

Ze stanowiska użyteczności społecznej badań zbiorowych wiele przemawia za tem, aby wprowadzić te badania również wśród kandydatów do zawodu nauczycielskiego i nauczycieli, ochroniarek, pracowników służby zdrowia, personelu pielęgniarskiego, położnych, dalej wśród większych skupień robotników fabrycznych i kopalnianych, wśród policji, pracowników komunikacyjnych, sprzedawców żywności i t. p.

Badania zbiorowe pewnych środowisk szczególnie dla Państwa ważnych (młodzież, nauczycielstwo, armja, sfery robotnicze) oraz środowisk, złożonych z osób stojących w służbie publicznej a przeto znajdujących się w stałym i częstym kontakcie z szerokiem otoczeniem, mogą przynieść Państwu i społeczeństwu dużą pomoc w walce w chorobami społecznemi. Sprawa stopniowego wprowadzania tych badań nie może jednak być zostawiona wyłącznie inicjatywie prywatnej czy też inicjatywie poszczególnych organizacyj społecznych. Ze względu na swą doniosłość wymaga ona wyraźnego ustawowego oparcia. Należałoby zatem pragnąć, aby sprawę tę uwzględniono w przygotowywanej, jednolitej ustawie przeciwgruźliczej, której brak do dziś jeszcze jest bolączką ruchu przeciwgruźliczego w Polsce.

Piśmiennictwo:

Bezançon, Braun i Meyer: cyt. Wiedz. Lek. 1934, 10, 277. — Braeuning H.: Z. f. Tbc. 1932, t. 64, z. 4 i 6. — Brouardel G.: cyt. Gruźlica, 1934, 4. — Büsing: Z. f. Tbc. 1933, t. 68, z. 1/2. — Chodźko W.: Lekarz Pol. 1934, 1—3. — Donath J.: Aerztl. Praxis, 1934, 11, 301. — Hayek H.: Münch. med. Wschr. 1934, 8, 273. — Hornung S.: Gruźlica VIII, 5; Zdrow. Publ. 1934, 3; P. G. L. 1934, 51. — Hoth: Z. f. Tbc. t. 69, 100. — Janiszewski T.: Lekarz Pol. 1935, odbitka. — Kartagener M. i Weber H.: Schw. med. Wschr. 1934. I. — Kattentidt B.: Z. f. Tbc. t. 69, 171; Münch. med. Wschr. 1934, 18, 685; 24, 912. — Kayser-Petersen J. E.: Z. f. Tbc. 1932, t. 64, z. 4; Kl. Wschr. 1934, 34, 1220. — Lereboullet P. i Lelong M.: cyt. Med. Wsp. 1935, 3, 142. — Meersman F.: Rev. Tbc. 1933. — Michałowicz M.: Gruźlica wieku dziec. i młodz. w świetle teorji energ., Warszawa, 1931. — Myers J. A. i Wulff M.: Amer. Rev. Tbc. 1932, 26. — Neri F.: ref. P. G. L. 1935, 8, 148. — Neuber E.: W. Kl. Wschr. 1932, 4, 97. — Schulte-Tigges H.: D. med. Wschr. 1934, 36, 1344. — Selter H.: D. med. Wschr. 1934, 23, 851. — Soper W. B. i Wilson J. L.: Amer. Rev. Tbc. 1932, 26. — Sprawozd. z pos. T-wa Lek. Lwowskiego: P. G. L. 1932, 25. 475. — Stypułkowski S.: Zdrowie, 1933, 23/24; Zdrow. Publ. 1934, 4. — Telatycki M.: Lek. Wojsk. 1934, 23. 4, 183. — Vaucher, Strauss i Schneegans: Rev. Tbc. 1935, 1, 90. — Waga Fr.: Lek. Wojsk. 1934, 23, 8/10. — Zawadowski: P. G. L. 1935, 4, 74.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska. T. XIV. Z. IV—VI. 1935. Czyżewicz A.: Ciekawe problemy w działaniu radu. — Beck H.: O podskórnem pęknięciu wątroby podczas ciąży. — Walczak B.: Leczenie zachowawcze zapaleń przydatków macicznych w Klinice Poznańskiej i jego wyniki. — Bobrzyński W.: Zmiany anatomiczne jajników w przypadkach zapalenia jajowodów. — Perl J.: Przebieg porodu u starych pierwiastek. — Rozenblat J.: Wartość udoskonalonej próby histydynowej Kappeller-Adlerowej dla rozpoznania wczesnej ciąży. — Paluchowa O. i Wójcicki H.: Trzy przypadki mięśniako-włókniaków więzadła obłego macicy. — Welman R.: O operacji raka macicy metodą Sucharda-Schauty-Stoeckela na podstawie własnych przypadków. — Bajenkiewicz W.: Niezwykłe przypadki wrodzonych wad ustrojowych organów płciowych kobiecych — Bajenkiewicz W.: Trzy przypadki adenomyosis. — Bajenkiewicz W.: Przypadek mumifikacji płodu, nabłoniaka kosmówkowego i włókniaka macicy.

Wiedza Lekarska. Z. V. 1935. Lypa J.: Symphytum asperum w odżywianiu dzieci. — Piotrowski E.: Czy lekarz ma odpowiadać za grzechy przemysłu farmaceutycznego.

Pedjatrja Polska. T. XV. Z. 3. 1935. Frenklowa H.: Spostrzeżenia nad chorobą posurowiczą u dzieci. — Prokopowicz-Wierzbowska H.: Spostrzeżenia nad wpływem szczepień B. C. G. na zapadalność i umieralność na gruźlicę dzieci w środowiskach gruźliczych. — Bogdanowicz J.: Niektóre zagadnienia z epidemjologji, kliniki, patologji i lecznictwa zapalenia meningokokowego opon mózgowych u dzieci. — Laskowski J. i Zaorski J.: Ulcus pepticum perforatum diverticuli Meckeli. — Bogdanowicz J.: Zadania lekarza szkolnego na terenie szkoły średniej. — Trenkner H.: Ospa wietrzna.

Nowiny Lekarskie. Z. 12. 1935. Dylewski B.: O ropniach zewnątrzoponowych pochodzenia usznego, przebijających się pod okostną poza granicami wyrostka sutkowego. — Sławiński J.: Wyniki operacyjnego leczenia zmian zapalnych przydatków macicy. — Skowroński M. J.: O działaniu ubocznem kausytu słów kilkoro. — Giebocki St.: Czy angina i płonica są identyczną chorobą.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 25. 1935. Strażewicz W. J.: Wydajność a zawartość olejków.

OCENY.

Historja medycyny filozoficznie ujęta. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z ilustracjami. Cz. III. Medycyna nowożytna. Dr. med. i fil. Władysław SZUMOWSKI, profesor Uniw. Jag. Kraków, 1935. Gebethner i Wolf. Str. od 389—676, oraz I—XVI.

Wymienione w nagłówku dzieło prof. Szumowskiego dobiegło z wydaniem części trzeciej końca, mamy więc obecnie przed sobą całość uzupełnioną przedmową autora, spisem rzeczy, bibljografją, skorowidzem osób i skorowidzem rzeczy. Owoc to wieloletniej pracy, pierwsza bowiem część tej książki, obejmująca medycynę starożytną ukazała się jeszcze w r. 1930, druga poświęcona medycynie średniowiecznej w roku 1932. Ponieważ pierwsze dwie części omówiłem w swoim czasie na łamach Pol. Gaz. Lek. (z r. 1930, str. 15 i z r. 1932, str. 828), uważam sobie za obowiązek zdać obecnie sprawę i z części ostatniej oraz dać krótki rzut oka na całość dzieła.

W piśmiennictwie polskiem książka prof. Szumowskiego jest pierwszym podręcznikiem historji medycyny, obejmującym całość tego przedmiotu. Wypełnia ona więc dotkliwą lukę w naszej literaturze lekarskiej i już z tego tytułu należy się jej miejsce poczesne. Dzieło to nadto jest nawskroś oryginalne, odmienne od licznych prac obcych tego rodzaju, a główną cechą tej odrębności jest przedstawienie stanu medycyny poszczególnych okresów na tle panujących współcześnie kierunków filozoficznych, przez co uwydatnia się związek nauk lekarskich z kulturą ogólną. Metoda ta „filozoficznego ujęcia" tematu dała szczególnie piękne wyniki przy opracowaniu medycyny starożytnej i średniowiecznej, natomiast w części poświęconej medycynie nowożytnej, a zwłaszcza ostatniemu jej okresowi, w którym zaznacza się przemożny wpływ na medycynę nauk ścisłych i technicznych, nie dała się już ona tak konsekwentnie przeprowadzić. Tu bowiem już medycyna wyemancypowała się od filozofji i nietylko sama przestała się o nią wspierać, ale raczej filozofja musi się coraz więcej liczyć ze zdobyczami nauk lekarskich. Taki stan rzeczy nie prowadzi jednak bynajmniej do zupełnego rozbratu medycyny z filozofją, przeciwnie tworzą się warunki do powstawania nowych kierunków filozoficznych, a przedewszystkiem do powstania właściwej i odrębnej filozofji medycyny.

W przedmowie do całości dzieła, napisanej wraz z wydaniem części trzeciej, autor rozprawia się z pewnemi zarzutami postawionemi mu przez krytykę tomów poprzednich, a poczęści uprzedza zarzuty, jakich spodziewa się w stosunku do medycyny nowożytnej. W szczególności usprawiedliwia pomieszczenie w medycynie średniowiecznej niestosunkowo obszernego ustępu poświęconego psychonerwicom średniowiecznym, przyznając zresztą, że rzecz ta w tym rozmiarze nadawałaby się raczej do osobnej monografji. Osobiście jestem zdania, że jeśli nawet z tego powodu ucierpiała strona konstrukcyjna książki, to jednak czytelnik na tem tylko zyskuje, zapoznając się bliżej z tematem mało znanym, przytem zajmującym i ważnym dla zrozumienia pewnych przejawów umysłowości średniowiecza, znajdujących zresztą oddźwięk i w dobie współczesnej.

Zarzut natury ogólniejszej, jaki właśnie chciałbym postawić co do świeżo wydanej części trzeciej, jest już uprzedzony przez autora w przedmowie. Mam tu na myśli zbyt skąpe uwzględnienie medycyny polskiej, której powstanie w wyraźniejszym już zarysie znaleźć można już w początkach okresu dziejów nowożytnych, odkąd datuje się też dalszy jej rozwój. Autor powiada, że pisząc podręcznik historji medycyny powszechnej, nie mógł uwzględniać specjalnie medycyny polskiej, której, jak zaznacza, powinno być poświęcone dzieło osobne. Wychodząc z tego stanowiska, autor spośród Polaków omówił, poza średniowiecznym Witelonem, z dawniejszych czasów tylko postać Kopernika, z nowszych zaś poświęcił obszerniejszy ustęp jedynie Dietlowi i Skłodowskiej-Curie, widocznie uważając ich za badaczy, którzy wywarli wpływ na stan medycyny powszechnej. Dopiero w jednym z ostatnich rozdziałów książki, przedstawiającym rozwój poszczególnych gałęzi lekarskich, autor, wbrew niejako swemu założeniu, cytuje szereg nazwisk polskich nowszej doby (oprócz jeszcze żyjących osób) w króciutkich wzmiankach biograficznych. Stanowiska autora w tym względzie podzielić nie mogę. Zapewne, nauka lekarska polska pozostawała i pozostaje jeszcze w dalszym szeregu nauki światowej, ale w polskim podręczniku historji medycyny powinna była mimo to znaleźć należyte uwzględnienie. Na osobne dzieło poświęcone dziejom medycyny polskiej możemy czekać jeszcze długo, a przecież na tle medycyny powszechnej można było wykazać i pewne odrębności naszego kraju i stosunek naszej medycyny do wszechświatowej. Wiele tu niewątpliwie przyszłoby nakreślić stron ciemnych, ale niejeden szczegół wypadłby na naszą korzyść jak np. sprawa opieki nad obłąkanymi i stosunku społeczeństwa do tych chorych przedstawiała się w Polsce lepiej, niż na zachodzie. W szczególności zasługiwało na dokładniejsze omówienie choćby tych kilka postaci naszych lekarzy z XVI i XVII wieku, (Maciej z Miechowa, Józef Struś, Sebastjan Petrycy, Wojciech Oczko, Jan Jonston), których wprawdzie autor pokrótce wymienia, ale się bliżej nad nimi nie rozwodzi, choć byli to prawdziwi pionierzy naszej medycyny naukowej i pozatem posiadali umysły na szeroką miarę. A z czasów nowszych musiałbym się przedewszystkiem upomnieć o Jędrzeja Śniadeckiego, któremu autor poświęca zaledwie parowierszową wzmiankę, z jeszcze zaś nowszych o takie nazwiska jak Chałubiński, Biegański i inni, którzy odznaczali się prawdziwą oryginalnością umysłu i w swoim czasie wywierali wielki wpływ na szerokie koła lekarskie. Na rzecz bliższego omówienia takich to dawnych „historycznych" postaci zrezygnowałbym raczej z tych nieco konwencjonalnych wzmianek o prawie współczesnych, choć już nieżyjących przedstawicielach poszczególnych gałęzi lekarskich, które są pomieszczone w końcowych rozdziałach książki.

Całość historji medycyny nowożytnej dzieli autor na 23 rozdziały, z których każdy obejmuje albo pewien odrębny kierunek rozwojowy w medycynie albo przedstawia ogólny stan kulturalny pewnego okresu z głównemi prądami filozoficznemi, wpływający na nauki lekarskie. Nie mogę tu podawać treści poszczególnych rozdziałów, ani nawet przytaczać ich tytułów, w tem krótkiem sprawozdaniu muszę się ograniczyć tylko do pewnych uwag, które mi się nasuwają pod bezpośrednim wrażeniem po przeczytaniu całości.

I tak np. mam wrażenie, że autor nie zaznaczył dość wyraźnie zmierzchu patologji celularnej Virchowa, a zwrotu ku nowej patologji humoralnej (neohumoralizm), znajdującej potężne podstawy w zdobyczach mikrobiologji, serologji, fizjologji (gruczoły dokrewne) i chemji biologicznej. Również wpływ takich nauk jak konstytucjonalizm i dziedziczność na oblicze medycyny współczesnej i to tak klinicznej przez nakaz ścisłej indywiduali-

zacji w leczeniu, jak i medycyny społecznej (eugenika, ustawy sterylizacyjne, walka z przestępstwem) nie został należycie uwydatniony. Mówiąc o dzisiejszej specjalizacji w naukach lekarskich, nie ocenił autor tego kierunku ze strony tak dodatniej jak i ujemnej, a wszakże jest to zagadnienie bardzo aktualne. W szczególności nadmierna specjalizacja, jakoteż pozostający z nią w pewnej łączności przerost metod laboratoryjnych w klinice, prowadząc do zatraty kontaktu osobistego lekarza z chorym, są jednym z czynników podtrzymujących kierunek materjalistyczny w medycynie i spotykają się obecnie z żywą reakcją, zbyt też krótko załatwił się autor z przełomem medycyny od terapji do profilaktyki, od zajmowania się człowiekiem chorym do zwrócenia głównego zainteresowania na człowieka zdrowego, od osobnika wreszcie wogóle do masy, co wszakże jest charakterystyką doby współczesnej i kto wie, do jakich jeszcze przemian w medycynie doprowadzi. W jednym z rozdziałów omawiających doktrynerstwo i sekciarstwo panujące w końcu XVIII i z początkiem XIX wieku, autor dodaje wprawdzie uwagi o podobnych prądach nowszych, zdaniem jednak mojem są one może zbyt zwięzłe. I tak nie wspomina wcale o tak potężnym ruchu w Stanach Zjednoczonych z drugiej połowy wieku XIX w postaci t. zw. *Christian science*, powołanym do życia przez Mary Backer-Eddy. Do doktrynerstwa współczesnego możnaby do pewnego stopnia zaliczyć i freudyzm, który autor poza krótką wzmianką w ustępie poświęconym psychozom średniowiecznym zupełnie przemilcza, a przecież to kierunek wywierający wpływ nietylko na medycynę, ale i na umysłowość współczesną wogóle. Coby mi jeszcze brakowało do pełniejszego obrazu dziejów medycyny zwłaszcza współczesnej, to choć krótkie przedstawienie w osobnym rozdziale historji nauczania medycyny, rozwoju szpitali, klinik, pracowni naukowych, organizacji towarzystw lekarskich, związków zawodowych i przemian w stanowisku lekarza w społeczeństwie.

Tych kilka uwag wypowiadam nie w formie szczególnych zarzutów, rozumiem bowiem bardzo dobrze, że autor kierowany pewną założoną sobie linją konstrukcyjną książki i skrępowany jej rozmiarami, musiał niektóre zagadnienia bądź pominąć, bądź tylko lekko zaznaczyć, pragnąłem jednak dać przez to dowód, iż zadanie swoje jako sprawozdawcy starałem się spełnić z tem pogłębieniem, na jakie dzieło prof. Szumowskiego zasługuje.

Po przeczytaniu bowiem tej książki niepodobna nie skłonić głowy przed twórczym wysiłkiem autora, który dał w niej rzecz piękną, a zwartą, wzbogacił rzetelnie piśmiennictwo rodzime, a studentowi medycyny, lekarzowi i każdemu wykształconemu czytelnikowi, interesującemu się rozwojem kultury, dostarczył podręcznika doskonałego do nauki, zachęcającego do rozmyślań i badań własnych.

Wkońcu powtórzyć muszę jeszcze to, co już powiedziałem przy sposobności oceniania poprzednich części książki, że wykład autora jest nadzwyczaj jasny, a w przedstawieniu zawiłych nieraz kierunków myśli filozoficznej i lekarskiej niezwykle prosty i zrozumiały. Podnieść wreszcie należy dokładne opracowanie skorowidzów osób i rzeczy oraz zwięzły wykaz najważniejszych pozycyj bibljograficznych. Pod względem zaś typograficznym książka wydana jest bardzo starannie, a liczne i dobrze wykonane ilustracje dodają jej ozdoby.

W. Sieradzki (Lwów).

Acta Medica Italica. Dyr. Prof. P. PICCININI. Nacz. Red. Prof. C. Gozzi. Milano, 1935.

Tom I zawierający 168 stronic i 84 ilustracje poświęcony jest uniwersytetom włoskim. Omawiane są szczegółowo w języku włoskim i łacińskim najstarsze szkoły uniwersyteckie włoskie, średniowieczne i nowożytne w porządku następującym: Szkoła w Salerno (*„madre di tutte le Universita“*), uniwersytety w Bari, Bologna, Cagliari, Camerino, Catania, Ferrara, Firenze, Genova, Macenata, Messina, Milano, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Roma, Sassari, Siena, Torino i Urbino.

Tom ten opracowany jest na podstawie monografij historycznych uniwersytetów włoskich — głównie monografji Piccinini'ego p. t. *„Cenni storici sulle Universita Italiane“*. W całości tom ten przedstawia się bardzo pięknie, do czego przyczyniają się liczne zdjęcia, niejednokrotnie artystycznych wprost pałaców uniwersyteckich.

Tom II (str. 132 z 27 ryc.) poświęcony jest lekarskiej prasie włoskiej.

W części ogólnej, pisanej po łacinie i po włosku, omówiono rolę prasy lekarskiej (perjodyków), jako ważnego czynnika rozwojowego nauki wogóle, a medycyny w szczególności. Następnie podano najważniejsze czasopisma periodyczne lekarskie świata i międzynarodową bibljografję lekarską.

Część I, której autorami są G. del Guerra, G. L. Rolando i M. Varanini, zapoznaje czytelnika z początkami i dziejami prasy lekarskiej, ze szczególnem uwzględnieniem prasy włoskiej.

W części II B. Erba i G. Lami omawiają obecną organizację prasy lekarskiej, następnie grupy charakterystyczne lekarskiej prasy włoskiej, jej kryterja programowe, przyszły rozwój i bibljografję włoską.

Częścią trzecią, w której są zamieszczone opinje i głosy profesorów i uczonych włoskich o włoskiej prasie lekarskiej, kończy się tom II dwumiesięcznika *„Acta Medica Italica“*, który zainteresować powinien przedewszystkiem historyków medycyny i bibljografów.

Tom III (str. 200 i 55 ryc.) zawiera bogatą serję interesujących monografij z dziedziny medycyny społecznej w Italji. Po artykułach wstępnych, podanych w języku włoskim i łacińskim, Prof. Piccinini oddaje hołd pamięci ś. p. senatora Umberta Gabbi'ego, sławnego patologa i klinicysty, którego imię związane jest z ważnemi odkryciami, głównie w patologji kolonjalnej, z wielkim rozwojem hydro-klimatologji włoskiej oraz medycyny społecznej, jako założyciela i dyrektora specjalnego archiwum (*„Archivio Fascista Di Medicina Politica“*).

Po części ogólnej, w której Prof. C. Foà, rektor Królewskiego Uniwersytetu w Medjolanie, podaje definicję i charakterystykę medycyny społecznej, następuje część szczegółowa, w której piszą na temat obrony społecznej dzieciństwa (*„La difesa sociale dell' infanzia“*) następujący autorowie: prof. A. Morselli, G. Bianchi, P. Piccinini, C. Modulla, dr. G. Nauni i A. Albertini. Na temat ubezpieczenia społecznego (*„La difesa sociale assicurativa“*) wypowiadają się prof. O. Bellucci i dr. J. Grassobiondi; walkę z gruźlicą, malarją, chorobami zawodowemi i chorobami społecznemi wogóle przedstawiają wyczerpująco w oddzielnych monografjach: Piccinini, Paolucci, Bochetti, Lollini, Fambri, Travagli i Erba.

Specjalnemi zagadnieniami zajmuje się Luzzatti, który podaje instrukcje przed- i po odbyciu służby wojskowej z punktu widzenia medycyny społecznej i Piccinini, który wykłada czynność organizacji *„L'associazione Volontari Italiani del sangue“* w stosunku do medycyny społecznej. Tom ten, który celowo ukazał się teraz z okazji jubileuszu założenia Rzymu (*„Natale di Roma“*) i święta pracy w Italji (*„Festa italiana del Lavoro“*), przedstawia wartość również i dla zagranicy, stanowiąc wyraźny dowód wspaniałej żywotności rządu faszystowskiego, z woli wodza (*„per volere del Duce“*) w obronie zdrowia i potęgi narodu.

J. Papierkowski (Iwonicz—Zdrój).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Badania doświadczalne nad wynikiem leczniczym promieni X. A. M. HUDAK. Liječnički Vjesnik, 1935. Nr. 2. Zagreb.

Autorowie starali się poznać wpływ promieni X na układ siateczkowo-śródbłonkowy i na krew. Naświetlali więc: a) okolicę zwojów sympatycznych parawertebralnych i b) partje skóry na głowie. Badali następnie krew, mocz, odruch okulo-kardjalny, i treść pęcherza kantarydowego, a to 20 dni przed i po naświetlaniu. Stwierdzili odchylenia w zawartości NaCl, albumin i cholesteryny. Zwiększenie cholesteryny dowodzi podwyższenia czynności U. S. S. Mając na oku wpływ naświetlań promieniami X na czynność U. S. S., zalecają autorowie naświetlania ogólne, przed rozpoczęciem naświetlań miejscowych przy leczeniu raka.

R. L. (Lwów).

Cholesterynemja i jej wartość diagnostyczna. D. BORIĆ. Medicinski Pregled, 1935. Nr. 2.

Na podstawie przebadania 536 przypadków dochodzi autor do następujących wniosków. Przemiana cholesterynowa jest problemem dotąd dostatecznie nierozwiązanym. Wątroba bierze udział przedewszystkiem jako narząd wydalający, nie zaś wytwarzający cholesterynę. Rola woreczka żółciowego jest drugorzędna. Po splenektomji, rola regulująca śledziony zostaje wyrównaną przez inne narządy. Konstytucja gra dużą rolę w metabolizmie cholesterynowym. Podobnie układ dokrewny i neurowegetatywny. Nadto zależy metabolizm cholesteryny od stanu odżywiania pacjenta. Autor zwraca uwagę na hipercholesterynemję u żarłoków, pochłaniających duże ilości mięsa, tłuszczu

i alkoholu. Ich cholesterynemja jest wielce oporną na dietę ubogą w cholesterynę. Cholesteryna jest nieodzowną dla ustroju, ale jej nadmiar wywołuje zaburzenia przedewszystkiem w naczyniach i mięśniu sercowym. Wkońcu podnosi autor, że badania ilościowe mają tylko względną wartość na tle całego obrazu klinicznego.

R. L. (Lwów).

Doświadczalna niedokrwistość cytolityczna. E. FILO. Sbornik Lékařský. T. XXXVII (LXI), z. 3—5, 1935.

Praca z kliniki prof. Hynka z Pragi stara się klinicznie rozstrzygnąć zagadnienie, czy możliwem jest surowicami: myelolityczną, erytrolityczną, leukolityczną i trombolityczną wywołać u zwierzęcia niedokrwistość z morfologicznym obrazem typu ludzkiej niedokrwistości złośliwej. Tematem dalszym tej pracy jest stwierdzenie, czy w ten sposób wywołana niedokrwistość oddziaływuje też biologicznie jak niedokrwistość złośliwa, t. zn. czy oddziaływuje na wyciągi wątroby i usunięcie śledziony.

Na pierwszą część zagadnienia odpowiadają doświadczenia autora przecząco: ani w obrazie krwi, ani też w szpiku nie stwierdzono objawów, któreby przemawiały za przejściem erytropoezy postembrjonalnej w regenerację megaloblastyczną. W czerwonym obrazie krwi spotykano zawsze tylko banalną anemię hemolityczną z mikrocytozą oraz objawy regeneracji normoblastycznej. Udało się wprawdzie wywołać erytropoezę i w niektórych narządach, działających krwiotwórczo w okresie embrjonalnym (prawie zawsze w śledzionie, niekiedy w wątrobie), lecz była to erytropoeza normoblastyczna. W białym obrazie krwi zmiany, wywołane surowicami cytolitycznemi, były zupełną odwrotnością niedokrwistości złośliwej: leukocytoza, dotycząca wszystkich elementów białych (zamiast leukopenji z granulocytopenją) wprawdzie z przesunięciem jąder na lewo lecz bez charakterystycznej hipersegmentacji.

Również w przebiegu badań nad drugą częścią zagadnienia uzyskał autor wyniki ujemne: jak usunięcie śledziony, tak podawanie wyciągów wątroby pozostały bez wpływu. W przebiegu doświadczeń uczynił autor szereg ważnych spostrzeżeń ubocznych: 1) Stwierdził, że surowice erytrolityczne działają silniej, aniżeli surowice myelolityczne. 2) Przy przewlekłem podawaniu świnkom morskim surowic cytolitycznych spostrzegł większą odporność tych zwierząt. Autor tłumaczy to odpornością komórkową, związaną z ciałkami czerwonemi. 3) Spostrzegł, że normoblasty, szybko dostawszy się do krwi, spowrotem szybko ze krwi znikają, aczkolwiek *in vitro* wykazują tę samą długość życia jak dojrzałe ciałka czerwone. 4) Leukolitycznego wpływu leukolitycznej surowicy wprawdzie nie spostrzeżono bezpośrednio, autor jednak wskazuje, że tkanka myelogeniczna oddziaływuje równolegle ze wzmożoną czynnością czerwonego szpiku. 5) Doświadczenia nad wywołaniem *purpura thrombolytica* potwierdziły drugorzędność trombopenji. Równocześnie zauważył autor pozornie paradoksalny objaw wzmożonej krzepliwości krwi, idącej równolegle z trombopenją; prawdopodobnie ma miejsce sprawa kompensacyjna. 6) Erytrolityczne działanie surowicy trombolitycznej widoczne było, jak *in vitro*, tak *in vivo*, lecz nie jest wywołane zawartością hemolizyny. 7) Na lityczne działanie surowicy trombolitycznej pozostawała hemalutyna bez wpływu. 8) Również usunięcie śledziony i blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego były bez wpływu — w przeciwieństwie do stosunków w małopłytkowości samoistnej. *Ungar* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Wyciągi ze śluzówki żołądka (antygeny lipoido-proteinowe) w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. SAVY i ETIENNE-MARTIN. Le Journal de Médecine de Lyon. 1935. Nr. 367.

Nowa metoda lecznicza opiera się na swoistem działaniu narządowem polipeptydów i lipoidów i na wybiórczem działaniu troficznem na narząd, z którego pochodzą. Antygen sporządzony jest z prawidłowej śluzówki żołądka i dawkowany w jednostkach peptonowych. Po stwierdzeniu klinicznem, chemicznem i radjologicznem wrzodu, autorowie wstrzykują codziennie lub co drugi dzień ampułkę wyciągu, zawierającą 10 jednostek peptonowych, podskórnie, domięśniowo lub dożylnie. Ból zwykle szybko ustępuje po 1—2 zastrzykach, a w przypadkach uporczywych dochodzi się do 20 zastrzyków. Przeciwwskazań niema żadnych. Krwawienia również nie stanowią przeciwwskazania. W razie nawrotów można serję zastrzyków ponowić. Objawów ubocznych autorowie nie obserwowali żadnych, a tylko wyjątkowo podskok ciepłoty do 37,5° i 37,8° po pierwszym zastrzyku. W 12 na 14 przypadków wrzodu wystąpiła przy tem leczeniu szybko wybitna poprawa. W 2 przypadkach zastarzałego wrzodu skutku nie było. Do działania leczniczego potrzeba było zazwyczaj przeciętnie, około 10 zastrzyków. Ustępują bóle i wymioty, obniża się kwasota, następuje poprawa trawienia, snu i przybytek na wadze. Działanie tego wyciągu jest czasowe i wyczerpuje się tak, jak działanie hormonów, jest zatem leczeniem symptomatycznem napadów. W przypadkach bólów rzekomo-wrzodowych antygen ten był zupełnie bezskuteczny.

Dawniejszym metodom Pribrama (proteiny) oraz Weissa i Arona (kwasy aminowe) autorowie przypisują działanie raczej białkowo-nieswoiste niż hormonalne, wywierające wpływ na układ nerwowy błędny i współczulny, na naczynia oraz wpływ troficzny. Natomiast metoda Glaessnera (pepsynoterapja) oraz metoda autorów ma wybiórcze działanie swoistego antygenu na śluzówkę żołądka i dwunastnicy.

Dr. Blassberg (Kraków).

Schorzenie wątroby wywołane przez distoma hepaticum u człowieka. I. H. BOTTERI. Liječnički Vjesnik, 1935. Nr. 5. Zagreb.

Autor obserwował trzy przypadki ostrej *hepatitis* wywołanej przez *distoma hepaticum*, z tych jeden śmiertelny, sekcyjny. Za rozpoznaniem przemawia w podejrzanych przypadkach wysoka eozynofilja. Badanie kału na pasorzyty daje rzadko pozytywne wyniki. Łatwiej udawało się autorowi stwierdzić jaja w soku dwunastnicy. Jako najlepszą metodę rozpoznawczą poleca próbę śródskórną wyciągiem wodnym z zasuszonych pasorzytów. Najlepsze wyniki lecznicze otrzymał przy pomocy zastrzyków emetyny, natomiast zawiodły środki stosowane w weterynarji.

R. L. (Lwów).

Przypadek ductus arteriosus apertus. C. PLAVSIĆ i J. MILOVANOVIĆ. Medicinski Pregled, 1935. Nr. 1.

Niema objawów patognomonicznych dla tego cierpienia. Rozpoznanie kliniczne można postawić jedynie na podstawie zespołu objawów. 18-letnia wieśniaczka zgłosiła się z objawami *colitis* i nieznacznemi objawami niedomogi sercowej. Tętnienie w 1 i 2 międzyżebrzu lewem, lekkie przytłumienie i podmuch systoliczny tamże, silne zaakcentowanie II tonu nad tętnicą płucną. Potwierdzenie rozpoznania w obrazie rentgenoskopowym. Oscylografem wykryto zmiany w krążeniu obwodowem. Zmniejszenie amplitudy w kończynie górnej lewej (objaw Sokołowa), obniżenie ciśnienia tamże, hipertensja w kończynach dolnych. Ta właśnie okoliczność, że niema ogólnej hipertensji odróżnia to zaburzenie rozwojowe od *insufficientia aortae* i nakazuje podejrzewać, że odbywa się przetaczanie krwi z aorty do tętnicy płucnej.

R. L. (Lwów).

Klinika duru wysypkowego u dzieci. B. UWANCEW. Sowieckaja Pediatrja. T. 2. 1935.

Zarazek wywołujący dur wysypkowy właściwie nie jest znany.

Ani *Rickettsia Prowazeki*, ani pał. odmieniec, ani zarazki przechodzące przez sączki, nie mogą zaliczać się do wywołujących dur wysypkowy. Zagadnienie to czeka na rozwiązanie.

Autor spostrzegał 78 dzieci chorych na dur wysypkowy. Ogólnie im starsze dziecko, tem ciężej przechodziło dur wysypkowy. Chłopcy ciężej chorowali od dziewczynek, znacznie ciężej chorowały dzieci zamiejscowe i pozostające bez opieki od miejscowych.

Cały materjał autor podzielił na lekkie, średnie i ciężkie postacie według długości trwania okresu gorączkowego, wysokości gorączki, upośledzenia ogólnego stanu, upośledzenia narządu krwionośnego i ogólnego przeciągania się choroby. Ogólnie biorąc, ilość i nasilenie wysypki były proporcjonalne do ciężkości schorzenia.

Z porównań różnych obrazów gorączki autor dochodzi do wniosku, że w cięższych postaciach krzywa gorączki jest bliższa do typu *continua*, a w łagodnych formach ma charakter remitującej. Typowy przełom zanotowano tylko w 6 przypadkach, pozostałe — okazywały albo schodkowe spadanie ciepłoty w ciągu 4—5 dni, albo spadek *per lysim* w 2—3 dni.

Odczyn dwuazowy okazał się dodatnim tylko w 10 przypadkach. Na początku choroby w cięższych przypadkach — leukopenja, neutrofilja, zmniejszenie się ilości eozynofilów. W okresie rozkwitu choroby (10—14 dnia) — leukocytoza. Odczyn Weil-Felixa przeprowadzono u większości chorych i im później badano krew, tem wyższe było miano. Odczyn aglutynacji Weil-Felixa uważa się za rozstrzygający o durze wysypkowym, nawet tam, gdzie wysypki wogóle nie było, poza niskiemi mianami aglutynacji, które zdarzają się przy zimnicy (1 : 50—1 : 100).

Jako powikłanie zanotowano: zapalenie oskrzeli, zapalenie ucha wewnętrznego, zapalenie mózgu. Ani jednego przypadku nie widział autor śmiertelnego, co tłumaczy u dzieci nienadwątlonym systemem krwionośnym.

W leczeniu uwzględniano głównie hydroterapję: wanny 36—37°, z chłodnemi polewaniami głowy przy silnych bólach głowy. Przy objawach niedomogi serca *Ol. Camphor.* 20%, *S. coff.* 10%, podskórne wlewania fizjologicznego roztworu i t. p.

J. Jaskólska (Kraków).

Zmiany elektrokardjograficzne w przypadku wysiękowego zapalenia osierdzia. SZYFMAN, POZNAŃSKI i GLIKSMAN. Warsz. Czas. Lek. Z. 7. 1935.

Małe ilości płynu w osierdziu nietylko nie dają się wykryć zwykłemi metodami fizykalnego badania, ale mogą być nieuchwytne i dla rentgenologa. Stwierdzane dotychczas w elektrokardjogramie niskie wychylenia, zwłaszcza załamka R, dotyczą większych wysięków osierdzia. Z tego powodu doniosłe, praktyczne znaczenie mają ostatnie spostrzeżenia co do zmian Ekg., występujących pod wpływem minimalnych nawet ilości płynu w osierdziu, w postaci kopulastego T, odchodzącego bezpośrednio od zstępującego ramienia R powyżej linji izoelektrycznej (t. zw. „T en dôme"). Zmiany te, uważane dawniej za patognomoniczne dla ostrego zawału mięśnia sercowego, według najnowszych poglądów występować mogą w uszkodzeniach ograniczonych odcinków mięśnia sercowego, a więc przy zapalnych zmianach lub zwyrodnieniach bez zamknięcia światła naczynia. Zmiany te pod względem różniczkowo-rozpoznawczym w przypadkach ostrego zawału mięśnia sercowego są przemijające, utrzymują się bowiem kilka godzin, najwyżej kilka dni, wyjątkowo ponad tydzień. Powstawanie wymienionej krzywej, tak zwanej jednofazowej, w razie obecności płynu w osierdziu, tłumaczą (Scherf, Harvey i Scott) anoksemją, spowodowaną zaburzeniem ukrwienia mięśnia na ograniczonym odcinku wskutek ucisku zewnątrz. Autorowie opisują przypadek, w którym Ekg. umożliwił rozpoznanie płynu w osierdziu wcześniej niż badanie rentgenologiczne. Wykonany w 9 i 16 dniu choroby wykazał obok niskich wychyleń jednofazową krzywę o kopulastem T. Utrzymywanie się tej krzywej powyżej dwóch tygodni łącznie z obrazem klinicznym przemawiało przeciwko zawałowi mięśnia sercowego i nakazywało poszukiwać płyn w osierdziu. Istotnie, wykonane w dwa dni później prześwietlenie stwierdziło płyn w osierdziu ponad wszelką wątpliwość.

Ungar (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Doświadczenia z wycięciem nerwu przedkrzyżowego metodą Cotte'a. NOVAK. Zbl. f. Gyn. Nr. 7. 1935.

W 10 przypadkach stosował autor operację Cotte'a. Wskazaniem były w jednym przypadku bóle spowodowane zaawansowanym rakiem, w pozostałych przypadkach bóle w czasie miesiączkowania, oporne na leczenie farmakologiczne. W 9 przypadkach autor osiągnął rezultaty korzystne w sensie ustąpienia bólów, tylko w przypadku pierwszym operacja nie dała efektu spowodu wadliwej techniki operacyjnej, gdyż w wyciętym preparacie badanie histologiczne nie wykazało elementów nerwowych.

T. Gizowski (Lwów).

W sprawie leczenia stanów zapalnych szyjki macicy. L. VIERON. Pres. méd. Nr. 19. 1935.

Autor dysponuje materjałem olbrzymim. W ciągu 14 lat pobytu w Indochinach leczył on 27 tysięcy kobiet spowodu nadżerek części pochwowej i upławów. Postępowanie jego jest nader proste. Po oczyszczeniu pochwy roztworem węglanu sodowego i wysuszeniu pochwy, przysypuje się nadżerkę bardzo dokładnie rozproszkowanym nadmanganianem potasu i powtarza to przyżeganie co 5 dni. Nadżerka pokrywa się strupem, a następnie począwszy od brzegów przybłonkiem. Obrzęk i przekrwienie części pochwowej ustępują podobnie jak i bolesność macicy czy przydatków. Leczenie to jest niebolesne, należy jednak uważać, żeby nadmanganian potasu nie dostał się na błonę śluzową pochwy lub do jamy macicy. Nadżerka znika zwykle po sześciu przyżeganiach bez śladu blizny lub zwężenia ujścia zewnętrznego. Nie obserwowano nigdy powikłań ze strony przydatków.

Zb. Rychlowski (Lwów).

O otwartem traktowaniu ropiejących ran powłok brzusznych po zabiegach operacyjnych. WARSZAWSKY. Zbl. f. Gyn. Nr. 7. 1935.

Mimo licznych środków dezynfekcyjnych, mimo nowych zasad wprowadzonych do lecznictwa ropiejących ran (np. antywirus Besredki) rekonwalescencja trwa tygodnie, a nawet miesiące, zależnie od konstytucji, reakcji organizmu, charakteru drobnoustrojów. Dotychczasowe postępowanie ma tę wadę, że gaza szczelnie zakładana w ropiejącą ranę wraz z opatrunkiem ustalającym czyto będzie bandaż, czy przylepce nie odprowadza ropy, lecz ją tamponuje, a tem samem utrudnia jej odpływ. Gdy rana zaczyna granulować, gaza uszkadza te świeże granulacje przy każdym nowym opatrunku.

Autor postępuje inaczej. W początkach, gdy jest obfity odpływ wytwarzanej ropy, przykrywa ranę 2—3 warstwami gazy przepojonej hipertonicznym roztworem fizjologicznego płynu, przyczem gazę tę zmienia 3—5 razy dziennie. Po wytworzeniu granulacji postępowanie identyczne, daje się tylko jedną warstwę gazy na ranę.

Na ranę nie daje się żadnych bandaży, kołdra, lub koc tak są ułożone, by nie stykały się z gazą pokrywającą ranę.

Przy postępowaniu tem jest lepszy odpływ ropy, dostęp zaś powietrza i światła przyspiesza granulacje. Prócz tego stosuje się 2 razy dziennie po 20 minut Sollux. Postępowanie to stosuje się nietylko przy ropiejących ranach brzucha po laparotomjach ginekologicznych, lecz również oparzeniach, odmrożeniach, przetokach kałowych i t. p.

Ewenteracja nigdy nie powstała, mimo że wydawałoby się, że są tu warunki sprzyjające.

W dalszym ciągu autor teoretycznie udowadnia słuszność i wyższość tej metody od metody szablonowych starych opatrunków, wreszcie podaje, że gojenie się ran ropiejących przy stosowaniu tej metody trwa dwa razy krócej, niż normalnie.

T. Gizowski (Lwów).

O leczeniu upławów. ROESCH. Zbl. f. Gyn. Nr. 7. 1935.

W leczeniu upławów pochwowych, autor po wysuszeniu pochwy, wsypuje we wzierniku do tylnego sklepienia 1 g kwasu borowego krystalicznego. Po zabiegu pacjentka ma leżeć z godzinę nawznak. przepłókiwania pochwy są zbędne.

Rezultaty są znakomite, z wyjątkiem zapalenia pochwy na tle rzeżączki i innych ciężkich zakażeń (błonica, paciorkowce).

W pleśniawce działa wprost specyficznie, w upławach na tle rzęsistka pochwowego działa też dobrze, aczkolwiek lepiej działa tu dewegan, zawierający też kwas borowy.

Co do deweganu, to znakomity ten środek autor stosował również w upławach nie na tle rzęsistka. I tak wyleczył nim 11 przypadków upławów leczonych uprzednio latami bezskutecznie. Dalej leczył deweganem 70 przypadków *endometritis cervicalis,* z tego w 34 przypadkach nastąpiło wyleczenie, jednak po dłuższem leczeniu.

W 36 przypadkach nie było wyniku leczniczego. Są to wszystko upławy natury nerwicowej u osób neurotycznych z nerwicami w zakresie też innych narządów.

W leczeniu należy uwzględnić: psychoterapię, dalej farmakologiczne leczenie wegetatywnej neurozy, a więc atropina, papaweryna, najważniejsze zaś wapń.

Jeśli to nie pomaga obok zwykłych metod leczniczych upławów, to należy wykonać plastykę szyi według Sturmdorfa, która absolutnie leczy każde upławy, jeśli usunięta zostanie oczywiście cała śluzówka szyi.

T. Gizowski (Lwów).

Dalsze doświadczenia z krótkofalową terapją w schorzeniach ginekologicznych. WITTENBECK. Zbl. f. Gyn. Nr. 27. 1934.

Dobre skutki lecznicze krótkofalowej terapji w ostrych sprawach zapalnych ogólnych nie dawały rezultatu w sprawach ginekologicznych ostrych. Autor twierdzi, że jest to wynikiem tego, że sprawa zapalna danego narządu wymaga indywidualnie długiej fali. Firma Siemens wykonała dla autora diatermię krótkofalową o długości fali 12 metrów; nagrzewania ostrych spraw ginekologicznych tym aparatem dały wyniki dobre.

T. Gizowski (Lwów).

Przyczynek do etjologji samoistnego poronienia. WITENSTEIN. Zbl. f. Gyn. Nr. 27. 1934.

Autorka opisuje przypadek poronienia, wywołanego przez pałeczkę ronienia zakaźnego Banga. Przypadek dotyczył kucharki, która zaraziła się przez próbowanie surowego mięsa i surowego mleka zakażonych krów. Choroba Banga występuje przeważnie u lekarzy weterynaryjnych, rolników. Przebiega pod postacią ciężkiego schorzenia ogólnego, trwa miesiące i lata, u kobiet wywołuje go schorzenia ogólnego, trwa miesiące i lata, u kobiet wywołuje poronienia. Autorka wypowiada zdanie, że dużo poronień u kobiet wiejskich należy położyć na karb choroby Banga; brak przeprowadzania analiz serologicznych krwi, stwierdzających zakażenie zapomocą pałeczki Banga, jest powodem rzadkiego rozpoznawania opisanej choroby.

T. Gizowski (Lwów).

Ciąża i poród po wszczepieniu jajowodów. KATTERMANN. Zbl. f. Gyn. Nr. 27. 1934.

Opis przypadku bezpłodności wskutek zarośnięcia jajowodów, lecz tylko w ich części przymacicznej. Operacja polegała na klinowem wycięciu prawego jajowodu z rogiem macicy, odcięciu niedrożnej części jajowodu i wszczepieniu pozostałej, drożnej części jajowodu do macicy. Wkrótce zajście w ciążę, która podobnie jak poród przebiegała bez powikłań.

T. Gizowski (Lwów).

Operacyjne leczenie przewlekłych zapaleń przydatków. HALTER. Zbl. f. Gyn. Nr. 96. 1935.

Wskazaniem do operacji jest niereagowanie sprawy chorobowej na wszelkie metody leczenia konserwatywnego. Śmiertelność pooperacyjna wynosi po operacjach doszczętnych 1.7% — zachowawczych 2.6%.

Brak dolegliwości subjektywnych 95.3% po zoperowaniu doszczętnem, 39.2% zachowawczem.

Dlatego autor radzi operować tylko doszczętnie.

T. Gizowski (Lwów).

Przyczynek do zapobiegania pooperacyjnym zakrzepom i zatorom. R. FRAUENDORFER. Wien. Klin. Wschr. Nr. 13. 1935.

Powodem do powstawania zakrzepów i zatorów jest według Königa szkodliwy wpływ produktów rozpadu jądra komórek zniszczonych podczas zabiegu operacyjnego na trombocyty, które się rozpadają, a ilość ich się zmniejsza. Oprócz tego widzimy obniżenie się ciśnienia krwi. Szkodliwemu temu wpływowi przeciwdziała, jak to wykazał König, „Sympatol", środek działający na serce i krążenie. Doświadczenia Königa kontrolował autor na kobietach, u których, jak wiadomo, zakrzepy i zatory pooperacyjne występują jeszcze raz tak często jak u mężczyzn. Okazało się, że na 300 operowanych kobiet leczonych zapobiegawczo „Sympatolem" zakrzepy lub zatory wystąpiły w 7 przypadkach, to znaczy w 2.3%. Zgonu nie zanotowano ani razu. W drugiej serji 300 operowanych kobiet, a nieleczonych „Sympatolem" stwierdzono zakrzepy lub zatory w 32 przypadkach (10,6%), przyczem w 7 przypadkach (2.3%) nastąpiło zejście śmiertelne. Z grupy pierwszej 76 chorych przekroczyło 50 rok życia, 30 chorych 60 rok, 10 chorych 70, a 1 chora 80 rok życia.

„Sympatol" wstrzykiwano chorym w dniu zabiegu i w następnych dniach 2 razy dziennie podskórnie w ilości 0.06 g. Z chwilą gdy chora zaczęła przyjmować pokarmy, podawano 3 razy dziennie po 20 kropel 10% roztworu „Sympatolu" lub 2 razy dziennie 0,1 „Sympatolu" w tabletkach. Leczenie to trwało 7—14 dni. W razie pojawienia się objawów zakrzepu czy zatoru stosowano prócz zwykłego leczenia również „Sympatol", co przyczyniało się do znacznie wcześniejszego zniknięcia objawów.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Wrażliwość mięśnia macicy na pituitrynę i adrenalinę pod wpływem hormonów płciowych. P. FOMINA. Zbl. f. Gyn. Nr. 2. 1935.

Hormony płciowe wywierają wpływ na kurczliwość mięśnia macicy; prawdopodobnie zachodzą zmiany w samej komórce mięśniowej.

Folikulina zmienia kurczliwość mięśnia macicy w zależności od dawki: małe dawki wzmagają kurczliwość i ogólne napięcie mięśnia macicy, duże dawki folikuliny (100 j. m.) zmniejszają kurczliwość mięśnia macicy, przyczem napięcie mięśnia znacznie się obniża.

Prolan i luteina wzmagają skurcze i napięcie mięśnia macicy niezależnie od dawki. Wrażliwość macicy na pituitrynę i adrenalinę — wzmagające kurczliwość mięśnia macicy — zmienia się w zależności od hormonu, którym zadziałamy na macicę: a) pod wpływem folikuliny i luteiny kurczliwość zmniejsza się (pituitryna), lub pozostaje bez zmiany (adrenalina); b) pod wpływem prolanu reakcja mięśnia macicy na pituitrynę i adrenalinę wzmaga się.

M. Segal (Lwów).

Nerw, jako resorbujący się materjał do szwów. P. PREOBRAŻENSKIJ. Centr. Med. Żurn. T. XIV. Nr. 4. 1934.

Oddział doświadczalny szpitala okręgowego w Odessie — stosuje do operacyj jelitowych i do zeszycia ran po laparotomji nici sporządzone z nerwów. Z świeżych zwłok psów wypreparowuje się aseptycznie *nn. vagus, ischiadicus, medianus, ulnaris* i inne. Po rozmoczeniu w 2% kw. octowym, rozszczepieniu, zadziałaniu eterem, skręceniu, suszeniu i wyjałowieniu 20% rozczynem alkoholowym zieleni brylantowej — nici umieszcza się w ampułkach lub przechowuje w zieleni brylantowej.

Badanie anastomoz kiszkowych wykazało, że nici te zupełnie się resorbują po 12—14 dniach.

M. Segal (Lwów).

Ostra rozstrzeń żołądka po cięciu cesarskiem. N. MININ. Żurn. akusz. i żen. bol. T. XLV. Nr. 6. 1934.

Ostra rozstrzeń żołądka może powstać po różnych operacjach nawet niedotyczących przewodu pokarmowego, najczęściej jednak po cięciu cesarskiem. Istnieją różne przypuszczenia i badania doświadczalne starające się wytłumaczyć to powikłanie. Szereg autorów twierdzi np., że pod wpływem narkozy następuje „oszołomienie" nerwu błędnego, powodujące atonję ścian żołądka. Adolf Peyer badał 300 chorych operowanych w narkozie i prawie we wszystkich stwierdził rozszerzenie żołądka tak, że dolny brzeg żołądka sięgał często na 2 palce poniżej pępka. Wszystkie te rozszerzenia zazwyczaj cofają się i tylko w rzadkich przypadkach kończą się zejściem śmiertelnem.

Autor podaje przebieg rozstrzeni żołądka po cięciu cesarskiem zakończony śmiertelnie (1 przypadek na 1149 cięć cesarskich brzusznych wykonanych w klinice prof. Okinczica w Leningradzie w ciągu 4 lat).

Należy przypuszczać, że cechy konstytucjonalne i przemieszczenie narządów wewnętrznych sprzyjają powstaniu rozstrzeni żołądka. W wypadku stwierdzenia rozstrzeni żołądka z charakterystyczną obfitą ilością wymiocin — wskazane jest sondowanie żołądka, połączone z przepłókaniem.

M. Segal (Lwów).

W sprawie zapobiegania wymiotom po ogólnem uśpieniu. M. RYŁKO. Ginek. Pol. T. XIII. Z. X—XII. 1934.

Aby zapobiec wymiotom po ogólnem uśpieniu, autor stosował w 280 przypadkach wstrzykiwanie przed operacją pantoponu z kofeiną i atropiną. Wymioty po operacji wystąpiły tylko w 2,8% przypadków, zaś w 22,2% wymioty były bardzo nieznaczne po 12—24 godzinach. Te wymioty późne autor odnosi do podrażnienia otrzewnej.

M. Segal (Lwów).

Skręt jelita wskutek przebicia macicy przy przerywaniu ciąży. W. JELINEK. Zbl. f. Gyn. Nr. 37. 1934.

W $2^1/_2$ tygodnia po przerwaniu ciąży połączonem z przebiciem macicy pacjentka zgłosiła się do kliniki z objawami skrętu jelita. W czasie laparotomji stwierdzono, że pętla jelitowa wciągnięta jest do otworu perforacyjnego macicy i zrośnięta z ścianą macicy. Druga pętla jelitowa okręcona dokoła poprzedniej. Po oddzieleniu zrostów uwolniono uwięzgniętą pętlę jelitową i resekowano część sieci. Otwór perforacyjny w macicy zeszyto dwuwarstwowo. Do pochwy wprowadzono seton, którego koniec wyprowadzono nazewnątrz. Pacjentka wyzdrowiała.

W przypadkach, kiedy sieć zostaje wciągnięta do otworu perforacyjnego, zaleca autor uchwycenie sieci kocherem przez pochwę; w czasie laparotomji — odcięcie uwięzgniętego odcinka sieci i usunięcie go z pochwy przez pociąganie za kocher w pochwie. Uszkodzony mięsień macicy zeszywa dwuwarstwowo.

M. Segal (Lwów).

Leczenie rzucawki porodowej narkozą magnezjową. D. BROWKIN. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 20. 1934.

W 69 przypadkach rzucawki porodowej stosowano wlewanie rozczynu siarczanu magnezowego (s. m.). Autor wstrzykiwał 3% roztwór s. m. w ilości 200 cm^3 lub 20—30% pod skórę sutków i stwierdził wybitne działanie przeciwskurczowe i obniżające ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Zastrzyk dożylny 10,0—5% chlorku wapnia niweczy działanie s. m. Powtórne zastrzyki s. m. należy wykonać niewcześniej jak po upływie 4 godzin, najwyżej do 4 razy w ciągu doby. S. m. w zalecanej dawce jest zupełnie nieszkodliwy i nie wywołuje drażniącego działania miejscowego. S. m. obniża parcie krwi, zwiększa diurezę, nie hamuje czynności porodowej. Powtórne injekcje nie wywierają działania szkodliwego na płód.

W ciężkich przypadkach z daleko posuniętemi zmianami nerek i wątroby zaleca autor wlewanie dożylne zmodyfikowanego płynu Ringera o składzie następującym: NaB_2—1,5, KCl—0,2, CaCl—0,2, $NaHCO_3$—0,2, glukozy — 100,0, wody destyl. — 1000,0. Przy wysokiem ciśnieniu krwi zaleca autor przed wlewaniem dożylnem upust krwi w ilości 500,0; po porodzie — wlewanie dożylne bez uprzedniego upustu krwi.

M. Segal (Lwów).

Farmakologiczne prowadzenie porodu. F. WAHL. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 109. H. I.

Zadanie położnika polega na przeprowadzeniu porodu w najkorzystniejszym okresie dla matki i dziecka, przyczem regulowanie sił działających musi być uzależnione od stosunku czynności porodowej do istniejących oporów. Wielkość tych oporów możemy określić zapomocą badania, oceniając stosunek siły bólów do postępu porodu.

W okresie bólów ciążowych jakoteż w okresie rozwierania się ujścia wywołanie bólów jest przeciwwskazane. W okresie

rozwierania ujścia zaleca autor dużo cierpliwości, należy unikać forsowania zapomocą środków skurczowych, a raczej zwalczać opory części miękkich zapomocą środków spazmolitycznych. W okresie wydalania należy dbać o dobrą czynność porodową. Od początku porodu pamiętać należy o zachowaniu sił rezerwowych dla III okresu porodowego. W każdym okresie porodowym należy zachować umiar w stosowaniu preparatów farmakologicznych. *M. Segal* (Lwów).

O przyczynach i rodzaju niedokrwistości w ciąży. A. POHL, W. BERGMANN. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 109. H. 1.

Całkowita ilość krwi w ciąży zwiększa się dzięki zwiększonej ilości osocza. Ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych w ciąży jest zmniejszona, z początku równomiernie, w końcu ciąży następuje niekiedy nieco znaczniejszy spadek hemoglobiny. Po porodzie następuje szybki wzrost hemoglobiny i ciałek czerwonych, ilość krwi zmniejsza się. Objętość ciałek czerwonych w ciąży jest zmniejszona, w rozmazie krwi stwierdza się mikrocytozę.

Przy nefropatji rozwodnienie krwi może nie wystąpić, przy rzucawce porodowej może nawet wystąpić zagęszczenie krwi. *M. Segal* (Lwów).

Słabe bóle porodowe i niedowład macicy. T. GIZOWSKI. Ginek. Pol. T. XIII. Z. X—XII. 1934.

Autor omawia etjologię słabych bólów porodowych i niedowładu macicy i stwierdza, że etjologja obu jest ta sama. Pojęcie słabych bólów porodowych oraz niedowładu macicy jest właściwie różnem określeniem tego samego zjawiska zmniejszonej zdolności kurczenia się macicy, t. j. jej mięśnia w różnych okresach porodowych. *M. Segal* (Lwów).

Zapalenie przydatków a ciąża. K. RYGLEWICZ. Ginek Pol. T. XIII. Z. X—XII. 1934.

Autor zebrał w ciągu 12 lat 8 przypadków zapalenia przydatków w czasie ciąży. Z tych 8 chorych tylko dwie donosiły ciążę, u pozostałych doszło do poronienia między II—III mies. ciąży. Dwie chore zmarły skutkiem posocznicy po poronieniach, jedna na zapalenie otrzewnej (pęknięcie ropnia jajnika podczas porodu).

W etjologji zapaleń przydatków na I miejscu stoi ziarenkowiec rzeżączki, później gronkowce i paciorkowce, rzadziej gruźlica i pałeczka okrężnicy.

Wnioski: 1) w okresie ciąży przychodzi do zakażenia ogólnego tem łatwiej, że poza znacznem rozpulchnieniem i przekrwieniem tkanek istnieje miejsce zmniejszonej odporności w postaci świeżych lub starych ognisk zapalnych w przydatkach;

2) uogólnienie zakażenia w ciąży jest łatwiejsze, ponieważ odporność organizmu jest zmniejszona skutkiem przewlekłych zapaleń przydatków;

3) obustronne zmiany zapalne przydatków niezawsze są równoznaczne z niemożnością zajścia w ciążę. Dowodzą tego przypadki autora. *M. Segal* (Lwów).

Okulistyka.

Ester benzylo-cynamiczny (Solutio Jacobsoni) w lecznictwie jaglicy. NEUMAN J. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 4. 1935.

Autor przytacza 10 przypadków jaglicy powikłanej zmianami rogówkowemi, w których stosował zastrzyki *sol. Jacobsoni*, bez leczenia lokalnego. We wszystkich przypadkach następowała wybitna poprawa, chociaż zmętnienia rogówki i naczynia nie cofały się całkowicie. Ester benzylo-cynamiczny działa ogólnie przez rozszerzenie naczyń, przyśpieszając gojenie i bliznowacenie, oraz antytoksycznie. Lecz obok tego wskazane jest energiczne leczenie lokalne. (Referent stosował *sol. Jacobsoni* w 3 przypadkach bez żadnego wyniku; w jedym nawet przypadku wrzód rogówki zgoił się dopiero po zaprzestaniu zastrzyków). *J. Grzędzielski* (Lwów).

Uszkodzenia narządu wzroku wskutek działania gazów bojowych. MAJEWSKI K. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 4. 1935.

Po omówieniu działania innych gazów, które powodują tylko przejściowe podrażnienie oczu, autor szczegółowo kreśli obraz działania iperytu na oczy. Mimo gwałtownych początkowych objawów uszkodzenie rogówek lub utrata wzroku są dość rzadkie (po iperycie 10%, wśród ogółu zagazowanych zaledwie parę *pro mille*). Oczy zagazowanych jednak po latach mogą przedstawiać pewne zmiany, jak zaburzenia czucia, skłonność do nieżytów i t. p. Przy udzielaniu pomocy zagazowanym należy przedewszystkiem uwzględnić stan ogólny, do oczu zapuszczać 2% *Natr. bicarb.* lub chloraminę T. Przy dalszem leczeniu wskazane są częste przepłókiwania oczu, nie należy stosować kokainy i zakładać opaski. Przy powikłaniach ze strony spojówek, powiek, rogówki i tęczówki leczenie zwyczajne, unikać jednak należy środków drażniących jak lapis i maść żółta. *J. Grzędzielski* (Lwów).

Molluscum contagiosum a jaglica. WILCZEK M. Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 4. 1935.

Autor opisuje przypadek u 15-letniego ucznia, który na spojówkach wykazywał ziarenka bardzo podobne do jagliczych. Równocześnie na brzegu dolnej powieki istniał mały guzek, z zagłębieniem. Po odcięciu tego guzka zmiany na spojówce cofnęły się w ciągu 2 tygodni, jedynie przy stosowaniu *Zinc. sulfur.* *J. Grzędzielski* (Lwów).

Przyczynek do poprawienia i utrzymania wzroku u dzieci. WILLIAM THAU. The Eye, Ear, Nose and Throat Monthly-April 1935. pp. 89—90.

Autor zwraca uwagę, że dbałość o zdrowie dzieci dotyczy ich stanu płuc, awitaminozy *etc.*, a pomija stan wzroku, który powinien podlegać badaniu lekarza specjalisty, jak każda inna choroba. Zbadawszy 16.383 dzieci autor znalazł: 101 — które widziały palce z odległości 3 metrów; 78 — wykazały 1/50 ostrości normalnej; 57 — wykazały 2/50 ostrości normalnej; 53 — wykazały 3/50 ostrości normalnej; 50 — wykazały 4/50 ostrości normalnej; 170 — wykazały 1/10 ostrości normalnej; 463 — wykazały 5/40 ostrości normalnej; 325 — wykazały 5/30 ostrości normalnej; 508 — wykazały 1/4 ostrości normalnej; 456 — wykazały 1/3 ostrości normalnej; 1124 — wykazały 1/2 ostrości normalnej. Liczby te nie potrzebują komentarzy i wskazują na potrzebę ściślejszego badania stanu wzroku. *W. Moraczewski* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30 października 1934 r.

1. Kol. Szokalski, członek T-wa, *przedstawia przypadek tętniaka tętnicy udowej, powstałego po postrzale.*

U osobnika, lat 35, kula przeszyła obydwa biodra i na miejscu obecnego tętniaka wywołała krwotok szybko zatamowany. Chory przed 5 laty zauważył nieznaczne wypuklenie i zaczął wyczuwać tętnienie na miejscu obecnego tętniaka. Chory odczuwa mrowienie w całej kończynie prawej, miewa od czasu do czasu ataki duszności i „rozsadzanie serca". Przy palpacji K. S. stwierdził przed prawą pachwiną nieznaczne wypuklenie skóry na przestrzeni 10—12 cm wzdłuż i 8 cm wszerz bez zmiany zabarwienia skóry. Guz da się nieco przesunąć tylko w kierunku poprzecznym. Guz jest miękki i tętni. Przy osłuchiwaniu słyszy się stały szmer wzmagający się przy skurczu, szmer świdra, dający się stwierdzić i przy obmacywaniu, dający się porównać do szmeru, jaki słyszy się przy wrzucaniu rozpalonego żelaza do wody. Powyżej tętniaka tętno tętnicy jest słabsze, podczas gdy żyła biodrowa wykazuje tętno żylne systoliczne. Ataki chorego wyżej wspomniane, występujące wyłącznie w nocy, K. S. tłumaczy nagromadzeniem krwi żylnej, u chorego w większym stopniu w krwiobiegu tętniczym, gdy znajduje się w pozycji leżącej. Wobec powiększenia się w ostatnich czasach guza i wzmożenia tętnienia, należy niezwłocznie wykonać zabieg operacyjny.

2. Kol. Landau A., członek T-wa, i Hejman W. referują: *„O skojarzeniu bardzo znacznej hipogranulocytozy z ciężką skazą krwotoczną małopłytkowo-niedokrzepliwą"* (streszczenie własne).

Po omówieniu zagadnienia agranulocytozy została przedstawiona kobieta, u której wystąpiła bardzo ciężka skaza krwotoczna małopłytkowa i niedokrzepliwa; we krwi znajdowano stałą leukopenję z postępującym spadkiem elementów granulocytowych. Ta hipogranulocytoza nie dawała wyraźnych objawów klinicznych. Przypadek ten dowodzi, że: a) ten sam czynnik chorobotwórczy wywołać może uszkodzenie układu płytkotwórczego i granulocytowego, przyczem układ płytkotwórczy może być zaatakowany przed granulocytowym, b) bardzo znaczne uszkodzenie układu granulocytowego może nie dawać żadnych objawów klinicznych, c) ten sam czynnik chorobotwórczy może spowodować objawy skazy małopłytkowej i niedokrzepliwej.

Kol. Szokalski K., nawiązując do referatu prelegentów, wspomina o danych z piśmiennictwa amerykańskiego, tyczących powstawania agranulocytozy po przyjmowaniu leków z grupy barbiturowej.

3. Kol. Fejgin M., członek T-wa, referuje: *„Istota choroby reumatycznej w świetle nowych prac"* (streszczenie własne).

Ostre i przewlekłe schorzenia stawów stanowią obecnie jedno z najbardziej aktualnych zagadnień, interesujących nietylko lekarzy-klinicystów, ale w równej bodaj mierze działaczy społecznych. Jak dotąd jednakże, są to stany chorobowe przeważnie niejasne co do swej patogenezy i etjologji, mało zbadane pod względem anatomo-patologicznym i najczęściej wyjątkowo niewdzięczne pod względem leczniczym. Nie posiadamy dotąd jednolitej podstawy dla stworzenia racjonalnego podziału tych schorzeń tak, że panuje w tej dziedzinie chaos i dowolność. Badania histopatologiczne, jak i wyniki doświadczalnych prac na zwierzętach, wykonanych w ciągu lat ostatnich doprowadzają jednakże do wniosku, że istota sprawy chorobowej w przebiegu gośćca ostrego, pierwotnie i wtórnie przewlekłego reumatyzmu oraz zniekształcającego t. zw. *osteoarthritis* nie różni się zasadniczo od siebie podobnie, jak i zmiany anatomiczne. Można mówić ogólnie o „chorobie reumatycznej", której przebieg i zejście zależą od różnego rodzaju odczynów ustrojowych w stosunku do czynnika, wywołującego schorzenie czyli, że ten sam lub podobny czynnik patogenetyczny może, zależnie od okoliczności, wywołać którąkolwiek z wymienionych wyżej postaci reumatyzmu. Klinge odróżnia wogóle trzy rodzaje odczynów osobniczych i odpowiednie trzy typy zasadnicze przebiegu choroby reumatycznej, a mianowicie:

a) typ wielopostaciowy, odpowiadający znanemu powszechnie ostremu gośćcowi stawowemu, kiedy objawom stawowym towarzyszą najczęściej zmiany w narządach wewnętrznych, szczególniej w sercu: typ ten spotykamy zwykle w wieku młodzieńczym, zbliżonym do wieku dojrzewania;

b) typ trzewiowy, częsty u dzieci, w którym znaleźć można liczne starsze i świeże zmiany reumatyczne w narządach wewnętrznych, bez wyraźniejszych objawów ze strony stawów;

c) typ obwodowy, w którym zmiany anatomiczne i objawy kliniczne dotyczą przeważnie stawów i tkanek okołostawowych, w narządach wewnętrznych natomiast odpowiadają różnym odmianom przewlekłego reumatyzmu; spotykany bywa przeważnie w wieku późniejszym.

Reasumując więc, u podstawy zjawisk, stanowiących istotę choroby reumatycznej, leży swoisty odczyn hiperergiczny tkanek uczulonego ustroju, a modyfikacje w przebiegu klinicznym kształtują się zależnie od indywidualnych właściwości biologicznych terenu, na którym zjawiska te się rozgrywają.

W dyskusji:

Kol. Reicher E., członek T-wa, zaznacza, że nie można ująć w jedną całość wszystkich spraw gośćcowych, a to ze względu właśnie na różną etjologję i na rozmaity przebieg kliniczny chorób stawowych. Istota tych chorób, czy powstają one na tle zakażenia znanego (gruźlica, rzeżączka i t. d.), czy na tle zakażenia nieznanego pochodzenia (choroby reumatyczne), będzie odmienna od dny, oksalurji i zniekształcających zmian stawowych, które nie mają charakteru zakaźnego, kto wie czy nie mają podkładu nerwowego. Tę ostatnią możliwość etjologiczną stwierdza fakt, że często zmiany są symetryczne, że towarzyszą im zmiany odżywcze skóry, paznokci. Nie można więc mówić o jednolitej istocie choroby stawowej i to tem badrziej, że łączą się one z reumatyzmami mięśniowemi, neuralgjami i t. p. W obecnym stanie naszej wiedzy musimy cierpienie gośćcowe uważać za odczyn na działające na ustrój czynniki tak natury wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Klasyfikacja prof. Orłowskiego w sposób syntetyczny, jasny i przejrzysty grupuje cierpienia gośćcowe głównie z punktu widzenia etjologicznego, uwzględniając przebieg kliniczny choroby. Na sprawy gośćcowe duży wpływ wywiera rodzaj pożywienia.

Kol. Landau A., członek T-wa, podkreśla, że w ciągu długich lat nie zrobiono postępu w dziedzinie gośćca, że nawet nie uporządkowano w odpowiedni sposób tej różnorodnej choroby. Tworzenie się guzków Aschoffa i bliznowacenie ich nie jest nowością. Już bardzo powierzchowne przyjrzenie się chorobom stawowym stwierdza, że pogląd unitarystyczny nie da się utrzymać. Unitaryzm byłby cofnięciem się do sytuacji sprzed 150 lat. Należy ściśle odróżniać sprawy zapalne pochodzenia zakaźnego i powstające na tle zaburzeń naczyniowych lub gruczołów wkrewnych. Nie wolno schorzeń stawowych utożsamiać z nazwą reumatyzmu, powracać do tego, co było za czasów Hippokratesa. Należy wyodrębnić zakażenie reumatyczne, przebiegające z tworzeniem się guzków Aschoffa we wsierdziu, opłucnej, osierdziu; wszystkie inne — są to artropatje.

Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, dopatruje się w odczycie referenta nieukrywanej sympatji dla teorji uczuleniowej *(Ueberempfindlichkeitsreaktion von Seiten der Gewebe).* Stanowisko to zajął referent bez szkody dla rzeczowego przedstawienia innych, ważnych teoryj. Niemniej zachodzi pytanie, czy wspomniana teorja uczuleniowa nie zyskałaby na wartości argumentacyjnej, gdyby referent włożył więcej wysiłku polemicznego, celem wykazania niższości teoryj zakaźnych autorów francuskich. Nasuwa się podejrzenie, że teorja uczuleniowa nosi cechy pewnej połowiczności, bo łatwiej tłumaczy zjawiska stawowe, a niedość przekonywa o zjawiskach sercowych, które w gośćcu są kapitalne. Teorja uczuleniowa ma swoje punkty oparcia w doświadczeniach na zwierzętach, ale nie należy zapominać, że i teorja zakaźna, choćby hipoteza Levaditi'ego o *streptobacillus moniliformis* rozporządza materjałem doświadczalnym i próbuje nawet dać odpowiedź na mechanizm zakażenia gośćcowego. Autor ten, znajdując także w moczu i kale myszy zarazek gośćcowy, rzuca myśl o drogach zaraźliwości gośćca.

Jakkolwiek zrozumiałe jest przemilczenie przez referenta szeregu teoryj gośćcowych mniej ważnych, a uwzględnienie tylko najważniejszych, to jednak mimo wszystko, wobec braku ostatecznego ustalenia istoty gośćca w nauce dzisiejszej, nasuwa się refleksja, czy niektóre z pozornie „banalnych teoryjek" gośćcowych nie kryją w sobie pewnych wartości konkretnych i produktywnych tak teoretycznie, jak i praktycznie. I tak: teorja Löwensteina o gruźliczej etjologji gośćca nie utrzymała się, ale prace kontrolne nad tą teorją przyczyniły się do stworzenia nowego pojęcia w patologji t. j. do stwierdzenia faktu, że prątek gruźliczy może przybierać charakter mikrobu wychodźczego *(bacille de sortie)* i, jak wykazał Sanctis Monaldi, daje się na czułem podłożu Löwensteina wyhodować ze krwi chorych, w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, drętwicy karku lub w przebiegu paciorkowcowego zapalenia wsierdzia. Albo: hipoteza klimatyczna, jakkolwiek nie zadowalnia nas pod względem teoretycznym, to jednak porusza ważny rozdział praktycznego leczenia i profilaksji gośćca sercowego wśród dzieci, wykazujących, jak wiadomo, olbrzymią śmiertelność i oporność na salicyl, którego przeciwreakcyjna, przeciwkongestywna, przeciwalergiczna, czy żółciopędna działalność leczy jedynie schorzenia stawów, a nie serca. Stąd wniosek autorów amerykańskich (Goldsmith) o potrzebie zaniechania dalszej hospitalizacji sercowego gośćca stawowego u dzieci, a stosowanie wyłącznie leczenia klimatycznego, t. j. wysyłania chorych dzieci do kolonji gośćcowej na Florydzie. Albo: teorja wewnątrzwydzielnicza Weissenbacha może uchodzić za niefortunną i nieważną, a jednak pod względem praktycznym jest ona bardzo pożyteczna, skoro natchnęła Leriche'a do paratyreoektomji leczniczej w przebiegu zesztywnień stawowych; zabieg ten należy do najświetniejszych sukcesów chirurgji. Podobnie ważne są teorje trofoneurozy, czy przyczynki do pogranicznych zagadnień gośćca posurowiczego, poszczepionkowego (Huber) lub gośćca pogardenalowego (Bériel i Barbier, Maillard). Zagadnienie konfliktów pogardenalowych w postaci kalectwa na tle przykurczu stawów jest bardzo ważne pod względem praktycznym. Mówcą obserwował u dziecka artropatję pogardenalową, lekką.

Teorja migdałkowych czy zębodołowych ognisk ropnych porusza także zagadnienie gośćca stawowego w przebiegu zakażonych uchyłków przełyku, a więc kwestję rozmaitego umiejscowienia poszczególnych przyczyn gośćca.

Irwine Jones wskazywał w statystykach swoich na częstość rodzinnego gośćca. I ten, pozornie banalny przyczynek patogenetyczny może znajdować odzwierciedlenie praktyczne w klinice, jak tego mówca dowiódł w opisie kilku przypadków pląsawicy gośćcowej rodzinnej. Wszystkie te przykłady dowodzą potrzeby eklektycznego i wyrozumiałego ustosunkowania się do szeregu pozornie banalnych i nieważnych teoryj gośćcowych. Mówca stwierdza z uznaniem, że referent dał dowód zrozumienia „otwartości" problemu gośćca przez fortunne zredagowanie tytułu, nieprzesądzającego bezwzględnie „istoty gośćca", lecz tylko „istoty w oświetleniu współczesnych badań".

Kol. Brokman, członek T-wa, podkreśla, że ten, który się zżył z kliniką gośćca stawowego u dzieci z trudnością może się pogodzić z myślą, że są to te same cierpienia stawowe, co zniekształcające zapalenie stawów. W bardzo wielu przypadkach mamy u dzieci objawy ze strony serca, płuc, opłucnej i nerek. Ta teorja, która chciałaby to wszystko ująć z jednego punktu widzenia, nie wytrzymuje krytyki w świetle reumatyzmu u dzieci. Kolega oparł swe rozumowanie na pracy Klingego. W pracy tej jest jedna rzecz wielkiej wagi wyodrębniająca wszystkie fazy anatomopatologiczne: pęcznienie tkanki, wytwarzanie się guzków Aschoffa i blizn. Pojęcie odczynu hiperalergicznego wydaje mi się niezrozumiałe. Jeśli w gośćcu stawowym uczulone jest serce,

to ustrój musi mieć możność odpowiedzenia na dany bodziec. Człowiek z natury rzeczy musi być uczulony.

Kol. Feigin M., członek T-wa, zaznacza, że poruszał w swoim temacie tylko tę teorję, która znajduje zastosowanie praktyczne. Referując niniejszy temat, brał pod uwagę nie rozmaite czynniki, które wywołują to cierpienie, lecz trzymał się poglądu, że pod wpływem różnorodnych czynników, czy to będzie skaza dnawa czy zakażenie, czy zaburzenia w przemianie materji i t. d., muszą powstać pewne zmiany, które przechodzą właściwą im ewolucję. Dr. Landau postawił mi zarzut powrotu do przeszłości. Zarzut ten jest słuszny, o ile każde uproszczenie może być powrotem do przeszłości. Moje rozumowanie jest takie same, jakie dziś odnosimy do cukrzycy; zasadniczo jest to choroba trzustki. Odróżniamy jednak cukrzycę powstałą na tle czynników nerwowych, zakaźnych i t. d. Dr. Mikułowski przytoczył szereg polemicznych uwag. Najwyraźniej wynika z tego, że zjawiska sercowe tworzą się pod wpływem wielokrotnego oddziaływania antygenu na ustrój uczulony. Prof. Szenajch mówił mi przed chwilą, że dzieci do lat 5 nie zapadają na reumatyzm, mimo że chorują na zakażenie migdałkowe. Uważam sprawę tę za zapoczątkowanie i oświetlenie pewnego nowego kierunku, nieznanego dotychczas zjawiska.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *Stanisław Hrom.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Tow. Lek. Polaków na Śląsku.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1935 r., odbytego w Szpitalu Spółki Brackiej w Bielszowicach.

Kol. Skiba referował przypadek z *kazuistyki przepuklin mózgowych, pourazowych* oraz przedstawił szereg różnych przypadków obserwowanych w tamtejszej Lecznicy, między innemi przypadek *zmian w całym układzie kostnym* u pacjentki operowanej przed 2½ laty spowodu *Ca. scirrhosum mammae, osteomyelitis manubrii sterni* oraz przypadek *kamicy woreczka żółciowego, operowany sposobem wyłuszczenia podsurowicówkowego bez drenowania i sączkowania.*

Kol. Hanke przedstawił rzadki przypadek *choroby Mikulicza.* Kilka przypadków interesujących przedstawili jeszcze kol. Michnik i Russek, który demonstrował jednocześnie aparaturę dla leczenia złamań kostnych sposobem wyciągu według Kirschnera.

Po demonstracjach wyłoniła się żywa dyskusja.

Koło Rybnickie T-wa Lekarzy Polaków na Śląsku.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22 czerwca 1935 r. odbytego w Szpitalu Spółki Brackiej w Rydułtowach.

Kol. Zając omówił wyniki otrzymane przy operacjach zapalenia otrzewnej po zapaleniu wyrostka robaczkowego, stosując metodę Hawliczka t. j. po naświetleniu jelita cienkiego i sieci lampą kwarcową. Na leczonych tą metodą 20 przypadków we wszystkich uzyskał bardzo dobre wyniki.

W dalszym ciągu demonstrowano jeszcze kilka przypadków, między innemi przypadek wyrwania robotnikowi przez tryby maszyny całej kończyny górnej, łącznie z łopatką, bez najmniejszego krwotoku.

Po posiedzeniu odbyło się zebranie towarzyskie, urządzone staraniem Pani Drowej Zającowej i Drowej Dadaczyńskiej, poczem uczestników podejmowali Lekarze Okręgu Rybnickiego w salach kasyna kopalni.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Mieczysław Wętka, dotychczasowy asystent Lecznicy Brackiej w Szarleju, został z dniem 1 lipca b. r. zamianowany Kierownikiem Lecznicy Brackiej Gwarectwa Pszczyńskiego w Mikołowie.

Zmarli.

Dr. Bolesław Motz, senator Rzpltej, profesor honorowy U. S. B., znany urolog, zmarł w Paryżu.

Dr. Bolesław Odya zmarł w Czersku (Pomorze), w wieku 56 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Otwarcie Śląskiej Izby Lekarskiej. Dnia 27 czerwca odbyło się w Katowicach uroczyste otwarcie Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Poprzedziło je zebranie Rady Izby, na którem dokonano wyboru do władz Izby.

O godz. 19.30 w obecności P. Wojewody Dr. M. Grażyńskiego, Prezesa Izby Lekarskiej Krakowskiej Dyr. Dr. Stryjeńskiego i licznie zebranych gości i lekarzy, ogłosił otwarcie Izby Komisarz Wyborczy, Dr. K. Sęczyk, Nacz. Wojew. Wydz. Zdrowia. Po ogłoszeniu wyników wyborów Władz Izby, zabrał głos P. Wojewoda, życząc Izbie pomyślnej i owocnej pracy, podkreślając zarazem zadania, jakie Izbę czekają i ze swej strony zapewniając Izbie jaknajżywszą współpracę Władz administracyjnych.

W imieniu Tow. Lekarzy Polaków na Śląsku, Prezes Dr. Wilimowski, życząc Izbie pomyślnej pracy, składa zarazem hołd pamięci lekarzy Polaków zasłużonych w rozwoju i utrzymaniu polskości na Śląsku.

Dr. Hanke, jako prezes Związku Gospodarczego Lekarzy Polaków na Śląsku, przedstawia zadania, jakie czekają Izbę w unormowaniu bytu gospodarczego lekarzy w danym okręgu, i życzy jej jaknajlepszego ich rozwiązania.

Skolei Dyr. Dr. Stryjeński wita w serdecznych słowach nowootwartą Izbę w imieniu Izby Krakowskiej, wyrażając nadzieję żywej współpracy obu sąsiadujących Izb.

Dr. Sęczyk odczytuje nadesłane depesze gratulacyjne od P. Prof. Dr. Michałowicza, jako prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, P. Prezesa Sądu Apelacyjnego, Prezesa Izby Handlowej, Marszałka Sejmu Śląskiego i innych, poczem wręcza wybranemu Prezesowi Izby Dr. Nowakowi pieczęcie Izby oraz akta wyborcze.

Dr. Nowak jako prezes nowopowstałej Izby, podkreśla znaczenie tej chwili dla lekarzy śląskich, a dziękując za otrzymane życzenia przyrzeka w imieniu Zarządu dołożenie wszelkich starań do rozwoju i pomyślnej pracy Izby.

Zarząd Izby Lekarskiej Śląskiej ukonstytuował się, jak następuje: Prezes Dr. Nowak, I wiceprezes Dr. Wilimowski, II wiceprezes Dr. Kubisz, sekretarz Dr. Hessek, skarbnik Dr. Strzoda, członkowie Zarządu Dr. Hanke, Dr. Kołoczek i Dr. Biały.

Zarząd Główny Polskiego Tow. Psychjatrycznego, wybrany przez XV Zjazd Psychjatrów Polskich ukonstytuował się, jak następuje: prezes — prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa), wiceprezes — doc. W. Łuniewski (Tworki), sekretarz generalny — Dr. J. Handelsman (Tworki), skarbnik — Dr. J. Skrzypińska (Warszawa); członkowie Zarządu: prof. S. Borowiecki (Poznań), Dyr. Dr. W. Stryjeński (Kobierzyn), Dyr. Dr. E. Wilczkowski (Gostynin) oraz płk. Dr. J. Nelken, redaktor organu Towarzystwa.

VII Polski Zjazd Stomatologiczny odbędzie się w Warszawie w czasie od 1—3 listopada b. r.

Dokształcający Kurs z zakresu biologicznych metod leczenia odbędzie się w Karlsbrunn (Śląsk czeski) od 2—8 września b. r. Informacyj udziela: Dr. Egon Weigeld, Türmitz (Aussig, CSR.).

VII Międzynarodowy Dokształcający Kurs Lekarski Tomarkin Fondation odbędzie się od 12—19 września b. r. na Wydziale Lekarskim w Brukseli i od 20 września do 2 października b. r. w Spa. Omawiane będą: rak, choroby tropikalne, infekcyjne, leczenie parkinsonizmu, choroby serca i naczyń, krwi i t. d.

Międzynarodowy Tydzień Lekarski odbędzie się w Montreux (Szwajcarja) w czasie od 9—14 września b. r. Oprócz wykładów przewidziane są wycieczki ze zwiedzaniem klinik i instytutów naukowych. Opłata za uczestnictwo wynosi 10 fr. szw. Informacyj udziela: Sekretarjat Międz. Tyg. Lek. w Szwajcarji, Basel, Klosterberg 27.

Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do miejsc kąpielowych i klimatycznych we wrześniu b. r. Z Wiednia przez Semmering do Einöd i Friesach, w Klangenfurcie i Velden nad Wörthersee odpoczynek, potem wzdłuż Ossiachersee do Villach, dalej drogą górską na Grossglockner, do Kitzbühel, Zell am See i do Gastein. Następnie zwiedzanie Solbad Aussee, Goisern, Schallerbach, Hall i Maria Zell, a w drodze powrotnej do Wiednia Alland i Mayerling. Informacyj udziela: „Studien- und Gesellschaftsreisen", Wiedeń I. Biberstrasse 11, I/6.

XV Międzynarodowy Kongres hydrologji, klimatologji i geologji lekarskiej odbędzie się w Belgradzie w roku 1936.

Wnioski uchwalone przez XV Zjazd Psychjatrów Polskich w Gostyninie dnia 10 czerwca 1935 r.: I. XV Zjazd Psychjatrów Polskich stwierdzając, że zniesienie szeregu najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej spowoduje nieobliczalne straty, uważa za konieczne reaktywowanie zniesionych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej. II. XV Zjazd Psychjatrów Polskich zaleca Zarządowi Głównemu Polsk. Tow. Psych. zwrócenie się do kompetentnych czynników w sprawie poparcia szkolnictwa specjalnego dla dzieci umysłowo upośledzonych. III. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczętą akcję Ministerstwa Sprawiedliwości w kierunku tworzenia specjalnych zakładów leczniczych dla osobników ze zmniejszoną poczytalnością i zwraca się z gorącym apelem do Ministerstwa Sprawiedliwości, ażeby tę doniosłą akcję kontynuowało i nadal w jaknajszerszym zakresie. IV. XV Zjazd Psychjatrów Polskich wita rozwijającą się adneksyjną opiekę pozaszpitalną i podkreśla konieczność dalszej budowy i rozwoju szpitali psychjatrycznych, będących podstawą lecznictwa psychjatrycznego.

Różne.

Z kraju.

W dniu 16 czerwca b. r. odbyło się w powiecie olkuskim uroczyste poświęcenie trzech nowych oddziałów olkuskiego ośrodka zdrowia w Bolesławiu, Ogrodzieńcu i Wolbromiu. Wraz z ośrodkiem macierzystym w Olkuszu i dawniej stworzonemi oddziałami w Pilicy i Żarnowcu, posiada obecnie powiat olkuski sześć placówek pracy zdrowia publicznego, obejmujących przedewszystkiem walkę z gruźlicą i jaglicą oraz opiekę nad matką i dzieckiem. Powstanie tych placówek w obecnych tak ciężkich czasach, gdy nawet istniejące już dawniej instytucje niejednokrotnie przestają istnieć z powodów natury finansowej, zawdzięcza ludność powiatu inicjatywie i gorliwej pracy niezwykle ruchliwego Olkuskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, które nie cofając się przed żadnemi trudnościami, potrafiło uzyskać pomoce i subwencje Rządu, Samorządu i Ubezpieczalni Społecznej tak, że stało się możliwem stworzenie dla powiatu powyższych placówek. Nadto należy, zwłaszcza wobec grasującego obecnie dyletantyzmu, podkreślić, że ośrodki zostały odrazu postawione na poziomie najnowszych wymagań medycyny zapobiegawczej przez to, że każdemu z nich dano obsadę, złożoną nietylko z lekarza, ale z wyjątkiem jednego tylko wypadku także z pielęgniarki, absolwentki jednej z dwuletnich zawodowych szkół pielęgniarskich, które do tej pracy przygotowują metodycznie zarówno pod względem praktyki jak teorji. Z wyników, jakie dotychczas zostały osiągnięte, wróżyć należy, że powiat olkuski, który podobno obecnie jest znanym, jako ten, który dostarcza najsłabszego kontyngentu rekruta spowodu niskiego stanu zdrowotności — dzięki tak gorliwej pracy swego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, niezadługo nietylko dorówna, ale nawet prześcignie pod tym względem najlepsze powiaty w kraju.

Z końcem ubiegłego miesiąca został otwarty w Państwowej Szkole Higjeny Kurs dla nauczycieli szkół powszechnych. Na kursie uwzględniono przedmioty związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i akcją sanitarną wśród młodzieży szkolnej.

Instytut Spraw Społecznych w jednym z swych komunikatów omawia opłakane warunki sanitarne pracy polskich flisaków. Na Wiśle pracuje ich dzisiaj około 2.000, a na wszystkich rzekach polskich kilkanaście tysięcy. Ta wcale pokaźna liczba pracowników jest pozbawiona należytej ochrony zdrowia i życia.

Instytut Spraw Społecznych zwraca uwagę, że ratownictwo przeciwgazowe poza kopalnictwem nie jest należycie zorganizowane w przemyśle. Może to pociągnąć za sobą poważne ofiary w ludziach w razie większych katastrof. Organizacja L. O. P. P. i Czerwonego Krzyża winny, zdaniem I. S. S., dołożyć starań, by w każdym zakładzie przemysłowym, gdzie istnieje niebezpieczeństwo zatrucia gazami, była zorganizowana akcja ratunkowa.

Instytut Spraw Społecznych komunikuje o zatruciach tlenkami azotu, które należą do t. zw. gazów przemysłowych. Otóż ciężkie zatrucia tlenkami azotu zdarzają się zwykle w małych warsztatach pracy a to spowodu nieuświadomienia pracowników o szkodliwości i niebezpieczeństwie par powstających przy użyciu kwasu azotowego i spowodu braku środków ochronnych.

W jednej z dużych fabryk wyrobów szamotowych w woj. krakowskiem zaszły niedawno dwa wypadki zatrucia ołowiem spowodu braku akcji zapobiegawczej.

W Zakładzie Higjeny U. J. przeprowadzono interesujące badania nad hałasem ulicznym, przemysłowo-fabrycznym i mieszkaniowym oraz nad wpływem hałasu na zdrowie i pracę ludzką. Badania przeprowadzono w Krakowie przy pomocy specjalnego aparatu do mierzenia hałasu, który określa go w jednostkach zwanych fonami. (Inst. Spr. Społ.).

Instytut Spraw Społecznych wskazuje na potrzebę stałej opieki lekarskiej nad robotnikami i warsztatem pracy w przemyśle tkackim, a to spowodu licznych i częstych chorób zawodowych (schorzenia dróg oddechowych, żylaki, stopy płaskie, neurastenja, choroby skórne i t. d.). Każda większa fabryka tkacka powinna mieć swego lekarza fabrycznego w celu prowadzenia należytej akcji zapobiegawczej.

Od 25 do 27 maja b. r. odbył się w Warszawie XI Walny Zjazd Zrzeszenia Sióstr Polskiego Czerwonego Krzyża.

W Otwocku otwarto dnia 25 kwietnia b. r. wojskowe sanatorjum na 120 miejsc. Komendantem sanatorjum został mianowany mjr. dr. Michał Telatycki.

X Zjazd Higjenistów Polskich, poświęcony higjenie pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20—22 września b. r.

Na 1.198 kobiet nowoprzyjętych w ciągu roku 1934 w I Poradni Świadomego Macierzyństwa 539 przyznały się, że poddały się sztucznym poronieniom.

Izba Przemysłowo-Handlowa w Lublinie ogłosiła konkurs na czystość i higjenę w sklepach drobnej sprzedaży artykułów spożywczych w Łucku i Równem.

Jugosławja.

Ministerstwo Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego w Jugosławji wydało rozporządzenie zabraniające lekarzom sprzedawania próbek specyfików i środków leczniczych o nazwach zastrzeżonych. Nadto nie wolno fabrykom wydawać próbek swych preparatów na potrzeby prywatne.

Dumping japoński a medycyna. W tak zatytułowanym artykule *Le Siècle Medicale* Nr. 201. 1935) podaje, że zwieziono do Jugosławji w wielkiej ilości narzędzia lekarskie, chirurgiczne i artykuły dentystyczne wyrobu japońskiego. Ceny wyrobów tych są o 40% niższe od europejskich.

Redakcja otrzymała:

Wł. Mikułowski: Contribution à la question des conflits postvaccinaux chez l'enfant. Odbitka z „Revue Française de Pédiatrie". T. XI. Nr. 2. 1935.

Wł. Mikułowski: Un cas rare d'intoxication aiguë salicylée chez l'enfant. Odbitka z „Revue Française de Pédiatrie". T. XI. Nr. 2. 1935.

K. Bendix, L. Levy-Lentz: Przerywanie ciąży. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

H. Landau: Liczby, dane i tabele w codziennej praktyce lekarskiej. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

Br. Stępowski: Rozpoznawanie ciąży w świetle najnowszych badań. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

T. Bilikiewicz: Psychoanaliza w praktyce lekarskiej. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1935.

W. Mikułowski: Klinika i leczenie krztuśca. Wyd. „Eskulap". Warszawa. 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.